

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O SIGNIFICADO DO ENVELHECIMENTO E DO CUIDADO PARA O IDOSO
HOSPITALIZADO E AS POSSIBILIDADES DO CUIDADO DE SI**

CURITIBA

2007

TATIANE PRETTE KUZNIER

**O SIGNIFICADO DO ENVELHECIMENTO E DO CUIDADO PARA O IDOSO
HOSPITALIZADO E AS POSSIBILIDADES DO CUIDADO DE SI**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt

CURITIBA

2007

KUZNIER, Tatiane Prette.

O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado
e as possibilidades do cuidado de si /

Tatiane Prette Kuznier – Curitiba, 2007.

124f. 30 cm

Orientadora: Profª Drª Maria Helena Lenardt.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências
da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2007.

1. Idoso. 2. Cuidado do idoso. 3. Pesquisa em Enfermagem.

I Título. II Lenardt, Maria Helena.

WY

152

TERMO DE APROVAÇÃO

TATIANE PRETTE KUZNIER

O SIGNIFICADO DO ENVELHECIMENTO E DO CUIDADO PARA O IDOSO HOSPITALIZADO E AS POSSIBILIDADES DO CUIDADO DE SI.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Prof^a. Dr^a. Mercedes Trentini

Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Prof^a. Dr^a. Liliana Maria Labronici

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 22 de fevereiro de 2007

Aos meus pais **Zélia** e **Oswaldo**, pelo carinho e incentivo constante.

Aos meus queridos irmãos **Ulisses** e **Thiago**, pelo apoio e atenção.

AGRADECIMENTOS

Manifesto aqui meus eternos agradecimentos a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, em especial:

Aos 10 **idosos** sem os quais não seria possível a realização deste estudo. Agradeço pelos momentos vivenciados, pela experiência e conhecimentos compartilhados.

À professora Dr^a. **Maria Helena Lenardt**, pela sua orientação, por ter me propiciado grande aprendizado no âmbito profissional e pessoal.

À **Leomar Albini**, por ter me instigado a cursar o mestrado, minha admiração pelo exemplo de Ser Humano que é.

Aos **colegas do mestrado**, pelo companheirismo e aprendizado compartilhados.

Às minhas amigas **Ana Paula Modesto, Fernanda Zanotto, Graziella Zanardo, Jane Fagundes, Janei Rabello, Patrícia Lopes, Samantha Oliniski, Vanessa Luz**, pelo incentivo, disponibilidade e estímulo nos momentos em que mais necessitava de apoio.

Aos meus **colegas de trabalho** por terem facilitado a realização deste estudo.

À **Instituição** na qual trabalho, por permitir a realização da pesquisa.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	viii
LISTA DE QUADROS	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	6
2.1 OBJETIVO GERAL	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3 REFERENCIAL TEÓRICO	6
3.1 O ENVELHECIMENTO	7
3.2 OS ASPECTOS CULTURAIS DO ENVELHECIMENTO	11
3.3 O CUIDADO DE SI	18
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	22
4.1 A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	22
4.2 MODELO DE CUIDADO CULTURAL	26
5 METODOLOGIA	31
5.1 TIPO DO ESTUDO	31
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	32
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
5.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS	33
5.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	35
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	37
6 OS RESULTADOS DA PESQUISA	39
6.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	39
6.2 AS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DO IDOSO	42
6.2.1 A.L.C., 65 anos	42
6.2.2 A.V.L., 78 anos	44
6.2.3 B.S.P., 69 anos	46
6.2.4 G.R.S., 64 anos	47
6.2.5 L.C.A.C., 62 anos	49
6.2.6 N.F., 68 anos	50
6.2.7 N.J.O., 66 anos	51
6.2.8 N.S.S., 61 anos	52
6.2.9 P.C.N., 74 anos	54
6.2.10 T.S.M., 68 anos	55
6.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO DISCURSO SUJEITO COLETIVO	57
6.3.1 O significado do envelhecimento para o idoso	57
6.3.2 O significado de cuidado para o idoso	63
6.3.3 Quem cuida do idoso	67

6.3.4 Como o idoso se cuida	70
6.3.5 O significado de doença para o idoso	75
6.3.6 Hábitos nocivos à saúde praticados pelo idoso	78
6.3.7 Cuidados realizados pelo idoso quando não está doente	83
6.3.8 Cuidados realizados pelo idoso quando está doente	88
6.3.9 Como o idoso pretende se cuidar após a alta hospitalar	92
7 TEMA CULTURAL	97
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE	120
APÊNDICE 1 – ENTREVISTA INDIVIDUAL	121
ANEXOS	123
ANEXO 1 – SOLICITAÇÃO DO CAMPO PARA PESQUISA	124
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	126
ANEXO 3 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	128
ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	130

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - LEININGER'S SUNRISE ENABLER TO DISCOVER CULTURE CARE	29
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	FIGURAS METODOLÓGICAS DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	36
QUADRO 2 –	CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE, CURITIBA-2006	39
QUADRO 3 –	PATOLOGIAS RESPONSÁVEIS PELA INTERNAÇÃO DOS INFORMANTES IDOSOS EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE, CURITIBA-2006	42

RESUMO

KUZNIER, Tatiane Prette. O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si. Curitiba, 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná.

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, que teve como objetivo conduzir processo de convergência, cuidado cultural-investigação junto aos idosos hospitalizados de modo a criar condições favoráveis ao cuidado de si. Os participantes foram dez idosos, que se encontravam internados numa policlínica de um hospital universitário de grande porte de Curitiba- PR. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2006. A pesquisa foi aportada no referencial metodológico proposto por Trentini & Paim (1999; 2004), concernente à Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) e o Modelo de Cuidado Cultural proposto por Leininger. As informações foram coletadas por meio de entrevistas realizadas junto aos idosos, leituras dos seus respectivos prontuários e observações advindas dos comportamentos dos mesmos. As entrevistas foram compostas por questões abertas, sendo posteriormente analisadas pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), indicada por Lefèvre & Lefèvre (2003). Cada questão deu origem a uma ou mais idéias centrais: Questão 1 - Qual o significado do envelhecimento para o sr(a)? Idéia Central A: O envelhecimento é um ciclo natural da vida; Idéia Central B: É triste, porque se perde o “pique” e a saúde. Questão 2 - O que significa se cuidar? Idéia central A: Significa cuidar bem da saúde e ter paz; Idéia central B: Cuidar da alimentação, do sono. Questão 3 - Quem cuida do sr.(a)? Idéia Central: Minha família e Deus. Questão 4 - Como o sr.(a) se cuida? Idéia Central A: Cuidando da minha saúde; Idéia Central B: Distraíndo a mente. Questão 5 - O que é doença? Idéia Central: É a pior coisa que existe, é um atraso de vida, que tira o ânimo, é muito triste. Questão 6 - O sr.(a) realiza algum hábito que considera maléfico, não “faz bem” a sua saúde? Idéia Central: Sim. Fumo; às vezes como o que não posso comer. Questão 7 - Quais os cuidados que você realiza quando não está doente? Idéia Central A: Me alimento bem, durmo bem, não faço serviço pesado; Idéia Central B: Quando não tô doente, tenho muito mais alegria. Idéia Central C: Não me cuidava muito quando não estava doente; Questão 8 - Quais os cuidados que você realiza quando está doente? Idéia Central: Sigo as normas das enfermeiras e médicos e peço a Deus que me sare. Questão 9 - Como irá se cuidar após receber alta? Idéia Central A: Vou cuidar da minha aparência, alimentação, ficando perto dos filhos, netos e amigos; Idéia Central B: Vou tentar não fumar mais. Foram realizadas ações de cuidados de enfermagem, utilizando como subsídio teórico o nível 4 do Modelo do Sol Nascente, proposto por Leininger (1991), que compreende as decisões e ações de cuidado de preservação e/ou manutenção, acomodação e/ou negociação e repadronização/ou reestruturação do cuidado cultural.

Palavras-chave: Idoso, Cultura, Cuidado, Enfermagem.

ABSTRACT

KUZNIER, Tatiane Prette. The meaning of the care for the aged one hospitalized and the possibilities of the care of himself. Curitiba, 2007. 124 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Federal University of Paraná.

This study is of qualitative nature that had as objective to lead convergence process, together care cultural-inquiry to the aged hospitalized in order to create conditions favorable to the care of themselves. The participants had been ten aged ones that if they found interned in a polyclinic of a big University Hospital of Curitiba - PR. The study was developed in the period from August to October of 2006. The study was based on the methodology of the Convergent Research of Assisting (PCA) proposed by Trentini & Paim (1999; 2004) and the Leininger's Cultural Care Model. The information had been collected through interviews made together to the aged ones, readings of them respective handbooks and observations about them behaviour. The interviews had been composed for opened questions, being later analyzed for the technique of the Speech of Subject Collective (DSC), indicated for Lefèvre & Lefèvre (2003). Each question origins one or more central ideas: Question one: What is the meaning of the aging to you? Central Idea A: The aging is a natural cycle of the life; Central Idea B: It's sad because of loses of the motivation and the health. Question two: What it means if to take care of yourself? Central Idea A: It means to take care of the health and to have peace. Central Idea B: It take care of the feeding, sleep. Question three: Who do take care of you? Central Idea A: My family and God. Question four: How do you take care of yourself? Central Idea A: It taking care of my health. Central Idea B: It distracting the mind. Question five: What's illness? It's the worst thing that there is, it's a life delay, it takes off the spirit, it's very sad. Question six: Do you have any habit that consider bad to your health? Central Idea: Yes, I smoke; sometimes I eat that I can't eat. Question seven: Which are the cares that you have when you aren't sick? Central Idea A: I feed me well, I sleep well, I don't make heavy job. Central Idea B: When I'm not sick, I feel myself more joy. Central Idea C: I didn't take care myself when I wasn't sick. Question eight: Which are the cares that you make when are sick? I follow the norms of the nurses and doctors and ask for the God cure me. Question nine: How will you take care yourself when be discharged? Central Idea A: I'll take care of my appearance, feeding, being close to the children, grandsons and friends; Central Idea B: I'll try don't smoke anymore. Actions of cares of nursing had been carried through, using as theoretical subsidy level 4 of the Sunrise Model, considered for Leininger (1991), which understands the decisions and action of care of preservation and/or maintenance, room and/or negotiation and make new standard/or reorganization of the cultural care.

Keywords: Aged, Culture, Care, Nursing.

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é demarcado por várias etapas que se concretizam no decorrer da vida. Desde sua concepção, o organismo humano passa por diferentes fases em sua evolução. Após o nascimento, a criança se desenvolve, atinge a puberdade, posteriormente a maturidade, chegando ao envelhecimento. Parece uma divisão simples, mas cada uma dessas fases acarreta diferenças significativas. As pessoas não envelhecem todas da mesma maneira, nem sequer possuirão todas as mesmas experiências. Vários são os fatores que influenciam o processo de envelhecimento e o modo como este é percebido, tendo a cultura, papel de destaque no que diz respeito à significação do processo de envelhecer humano.

Para Brêtas (2003, p. 298):

o envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade. A vida não é só biológica, ela é social e culturalmente construída, portanto pode-se dizer que os estágios da vida apresentam diferentes significados e duração.

A percepção do idoso sobre como se sente em sua velhice poderá variar de acordo com o grupo cultural a que cada um está ligado. Na sociedade industrial, conforme Bosi (1998), a velhice tem sido vista de maneira maléfica, sendo a velhice, além de um destino do indivíduo, uma categoria social.

Muitas vezes, ao se reportar ao termo velhice, o que vem logo à mente, são pessoas portadoras de algumas fragilidades, de aparência enrugada, que convivem com alguma patologia, ou em sua grande maioria, com várias delas. Entretanto, para Hayflick (1996), o envelhecimento não é sinônimo de doença, visto que, em qualquer fase da vida, o ser humano é suscetível aos mais diversos tipos de patologias. É certo que com o aumento da idade, há uma redução da capacidade do sistema imunológico humano na defesa do organismo, o que torna o indivíduo mais suscetível às doenças, o que não significa que ele inevitavelmente adoça.

Embora se constitua num processo natural, o envelhecimento não ocorre de forma generalizada. Cada idoso é um ser único que, ao longo do seu curso de vida, foi e continua sendo influenciado por acontecimentos de ordem biológica, psicológica, social, cultural, que interferem no seu modo de viver.

A Antropologia traz contribuições fundamentais para inovação da abordagem referente ao envelhecimento humano. Questões referentes aos idosos, quando analisadas sob a ótica antropológica, permitem ampliar o campo do estudo, no momento em que possibilitam uma apreensão da experiência subjetiva e de sua relação com os múltiplos elementos existentes no contexto cultural e social.

A Antropologia contribui para a construção de um novo paradigma para delinear o estudo entre envelhecimento e cultura. Geertz (1989) define a cultura como sendo um universo de significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações, sendo a cultura o contexto que torna compreensíveis os distintos acontecimentos e situações da vida.

Para Geertz (1989, p.64):

o homem não pode ser definido nem apenas por suas possibilidades inatas, como fazia o iluminismo, nem apenas por seu comportamento real, como o faz grande parte da ciência social contemporânea, mas sim pelo elo entre eles, pela forma em que o primeiro é transformado no segundo, suas potencialidades genéricas focalizadas em suas atuações específicas (...) assim, como a cultura nos modelou como espécie única – e sem dúvida ainda está modelando – assim também ela nos modela como indivíduos separados. É isso que temos realmente em comum – nem um ser subcultural imutável, nem um consenso de cruzamento cultural estabelecido.

Segundo Uchôa et al. (2002), as emoções, percepções e ações dos indivíduos são construídas em referência a um universo cultural de significados que lhes permite interpretar e responder aos diferentes acontecimentos e situações da vida.

A maneira como o idoso se cuida sofre influência de suas características pessoais, em associação com os conhecimentos peculiares advindos de sua cultura. Desse modo, faz-se necessário ouvir e aprender com os idosos, os reais significados de sua velhice e como ela interfere em sua vida, no intuito de desmitificar atributos que ainda são a eles associados, mas que, muitas vezes, não são incorporados e considerados como verdades absolutas. O modo de se “perceber” na velhice pode ter

grande influência em como esse idoso cuida de si no decorrer do seu processo de envelhecimento.

Conforme Lenardt et al. (2005, p.17):

não podemos responder às questões de cuidados referentes aos pacientes idosos somente com nossos próprios conceitos e percepções, é preciso introduzir também a visão deles, pois o idoso apresenta restrição em aceitar o que lhe é imposto e o que é realizado por ele, mas demonstra interesse em praticar o seu cuidado embasado em seus princípios culturais.

O idoso cuida de si baseado em suas concepções e conhecimentos pessoais advindos de sua cultura. O cuidado constitui preceito básico para existência humana, visto que o homem só existe e se edifica se passar por situações de cuidado. Para Boff (1999, p. 33), cuidar é mais do que ato, é atitude. Vai além de “um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Aliando a questão cultural ao cuidado, Madeleine Leininger formulou a “Teoria do Cuidado Cultural”, que fornece meios para estudar os seres humanos e o cuidado cultural, podendo ser usada em qualquer cultura ou subcultura do mundo, a fim de desvelar as diferenças e similaridades do cuidado cultural (LEININGER, 1991).

Para Leininger (1991), o processo saúde-doença dos indivíduos é influenciado pela cultura. Assim, o enfermeiro desenvolverá ações congruentes, se entender que sua cultura pessoal poderá ser diferente daquele a quem presta cuidado, devendo, portanto, analisar o contexto cultural em que se encontra seu paciente, constatando se o cuidado praticado pelo paciente está próximo ou distante do cuidado profissional.

O cuidado culturalmente embasado fornece importantes subsídios para um cuidado individualizado e assertivo. Valorizar a característica particular de cada idoso, bem como o seu modo de compreender o mundo, o torna mais participativo no cuidado. Como mencionam Lenardt & Tuoto (2003, p. 3) “os doentes sentem mais apoio quando vêem que a conduta terapêutica expressa interesse baseado em uma compreensão pessoal deles”.

Penso ser congruente a prática de um cuidado cultural, que leva em consideração a totalidade da vida humana e sua existência ao longo do tempo. De modo a entender como os idosos se cuidam, e porque se cuidam, há necessidade de

se familiarizar com os conjuntos de significados por meio dos quais eles norteiam suas vidas (LENARDT & TUOTO, 2003). Cada idoso possui estilo peculiar em praticar seu próprio cuidado. O cuidado ou, ao contrário, o descuido podem ser determinantes na vida do idoso. Um idoso que se cuida e se preocupa consigo mesmo tem mais chance de conseguir um envelhecimento saudável e desejável.

Atuando como enfermeira em uma policlínica de um hospital universitário de grande porte, que atende número significativo de idosos, pude perceber que muitos se encontram em condições precárias de cuidado, demonstrando muitas vezes, que não sabem como cuidar de si, ou, em outras situações, não podem partilhar do cuidado fornecido por outra pessoa. Alguns deles não possuem informações suficientes sobre seu próprio processo de envelhecimento, muitas vezes, compartilhando da visão de declínio que prevalece ainda na sociedade e por isso aceitando a condição de descuido. Outros idosos, porém, possuem visão que considero privilegiada e adequada acerca do seu envelhecimento, percebendo-o sob uma ótica positiva, valorizando suas possibilidades, experiências e saberes.

Em ambos os casos, entendo que a enfermagem tem papel de destaque no intuito de estimular aqueles que já possuem a leitura apropriada do processo de envelhecimento e aqueles que necessitam prosperar. Para os idosos com menores possibilidades é preciso oferecer suporte para melhor leitura do envelhecimento e ser sustentáculo no cuidado de si do idoso; quando se busca o envelhecimento ativo e saudável. Nesse sentido, procuro por meio da interpretação de como os idosos se cuidam perceber e apreender de que maneira poderei estimulá-los e assim contribuir com o envelhecimento deles, para que seja mais promissor e bem sucedido.

Como enfermeira, membro do grupo multiprofissional de pesquisa sobre idosos (GMPI), tenho o compromisso não somente de adquirir conhecimentos gerontológicos, mas de inovar minha prática diante dos idosos que cuido, no meu cotidiano profissional. Este estudo apresenta o início para a introdução de novos elementos no processo de cuidar do idoso; um caminho a ser trilhado no cuidado gerontológico. A mudança está centrada em minha pessoa, mas acredito que é o passo assertivo e primeiro para o desenvolvimento do adequado cuidado gerontológico pela equipe de enfermagem.

A partir do exposto, tenho como questão norteadora: qual o sistema de conhecimento e de cuidado do idoso hospitalizado no processo de envelhecer/adoecer?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conduzir processo de convergência, cuidado cultural-investigação junto aos idosos hospitalizados de modo a criar condições favoráveis ao cuidado de si.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as condições de cuidado de si apresentadas pelo idoso hospitalizado.
- Conhecer o sistema de conhecimento e de cuidados desenvolvidos pelos idosos perante à doença e o envelhecer.
- Descrever as situações de cuidado de si identificadas nos idosos hospitalizados alicerçadas na visão cultural.
- Desenvolver ações de cuidados junto ao idoso como protagonista, esteadas no nível quatro do modelo Sunrise proposto por Madeleine Leininger.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico foi embasado em revisão de literatura, no qual foram abordados assuntos relativos ao Envelhecimento, Aspectos Culturais do Envelhecimento e Cuidado de si.

3.1 O ENVELHECIMENTO

O perfil da população mundial, incluindo o de países em desenvolvimento como o Brasil, está mudando. De uma pirâmide populacional composta basicamente por jovens, passa a se apresentar com perfil em que as pessoas idosas acabam por atingir um número crescente e importante. Fatores como o avanço da medicina, com conseqüente decréscimo nas taxas de natalidade e mortalidade, se relacionam com uma maior expectativa de vida. De acordo com o IBGE (2002), no Brasil, em 2000, havia cerca de 15 milhões de idosos, sendo esperado em 2025, um número equivalente a 34 milhões.

Para Assis (2004, p.11):

o envelhecimento humano é um fato reconhecidamente heterogêneo, influenciado por aspectos socioculturais, políticos e econômicos, em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos. Desta forma, a chegada da maturidade e a vivência da velhice podem significar realidades amplamente diferenciadas, da plenitude à decadência, da gratificação ao abandono, sobretudo em presença de extremas disparidades sociais e regionais como as que caracterizam o Brasil contemporâneo.

Segundo Papaléo Netto (1996), o envelhecimento tem início relativamente precoce, ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surjam no final da segunda década de vida, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais, sendo que o ritmo de declínio das funções orgânicas de um órgão para o outro é diferente entre idosos com a mesma idade.

Fatores intrínsecos e extrínsecos parecem contribuir para esta situação. A partir desse fato, torna-se interessante valorizar as ações que podem ser benéficas no

processo de envelhecer. Preocupações com os hábitos de vida, prática de exercícios, dieta adequada tornam-se palavras-chaves para um melhor envelhecimento.

O envelhecimento é ainda, visto por muitos, como uma fase de declínio, em que poucos são os benefícios e aquisições às quais se podem desfrutar. Conforme Caldas et al (2003, p.309):

libertar-se do conceito do envelhecimento como uma fase de perdas é, ao menos, um processo extremamente doloroso, quando existe uma cultura dominadora investindo numa visão de mundo na qual as pessoas idosas são incapazes e principalmente improdutivas. Reconhecer que ela é dominadora é um primeiro passo para perceber, aceitar e dialogar com uma outra visão de mundo - a da velhice bem-sucedida, que deve não se concentrar na preparação dos profissionais da gerontologia, mas estender-se para todos, inclusive para aqueles que possuem uma consciência mais apurada desta realidade - os próprios idosos.

Entretanto, a visão negativa acerca do processo de envelhecimento vem sendo modificada, dando-se voz aos próprios idosos, o que demonstra, em muitos casos, que o envelhecer pode e deve ser uma fase de conquistas, alegrias e realizações. Conforme Negreiros (2003) faz-se necessário um reconhecimento sadio do processo de envelhecer como um *continuum* do desenvolvimento humano, encarando as amplas possibilidades e as inelutáveis limitações.

Para Ferrari (1999, p. 198):

a velhice não pode ser definida pela simples cronologia e sim pelas condições físicas, funcionais, psicológicas e sociais das pessoas idosas. Há diferentes idades biológicas, subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica; o que acontece é que o processo de envelhecimento é muito pessoal; ele constitui uma etapa da vida com realidade própria e diferenciada das anteriores, limitada unicamente por condições objetivas externas e subjetivas. Possui certas limitações que com o passar do tempo vão se agravando, mas tem potencialidades únicas e distintas: serenidade, experiência, maturidade e perspectiva de vida pessoal e social. Portanto, a velhice é hoje considerada uma fase de desenvolvimento humano e não mais um período de perdas e incapacidades.

Assim, o enfoque tradicional da assistência à saúde do idoso orientado aos sintomas e a idade cronológica, é hoje inadequado para a atenção à saúde das pessoas que estão envelhecendo, pois a saúde desta faixa etária esta dentro do contexto biopsicossocial de suas vidas, como acontece a qualquer pessoa em qualquer idade.

Estudos científicos sobre o envelhecimento, de acordo com Gonçalves (2003), vêm se dedicando a demonstrar que o processo de envelhecimento não precisa ser tratado de forma pessimista. Os problemas inerentes ao envelhecimento, tais como a

maior prevalência de doenças-crônico-degenerativas e incapacitantes, que repercutem em outros problemas sociais, políticos e econômicos, podem ser em sua maior parte, contornáveis com soluções adequadas, que levarão, talvez, a um envelhecimento bem sucedido para a maioria das pessoas.

Segundo Lazaeta (1994, p.59):

é certo que o organismo humano experimenta o desgaste inerente à finitude dos seres vivos, mas esta diminuição não significa necessariamente déficit já que o organismo funciona com níveis variados de superávit ou de reserva e, o que é mais importante, existe a possibilidade de intervir para atenuar e compensar os efeitos de tal desgaste sobre a capacidade dos indivíduos de seguir desempenhando por si mesmos suas atividades cotidianas.

Existem várias mudanças que são naturais na velhice. A diminuição do vigor físico não significa adoecimento ou falta de saúde, constitui-se apenas, alteração fisiológica normal atribuída ao processo de envelhecer. A pele enrugada, o cabelo esbranquiçado, demonstra que o organismo está envelhecendo, porém não está relacionada às incapacidades e doenças. Mesmo com um relativo declínio das capacidades funcionais no idoso, o mesmo pode desfrutar de um envelhecimento saudável e promissor.

Conforme Silva & Duarte (2001), a pessoa ao envelhecer de forma saudável apresenta não só um bom estado de saúde física e mental, mas também se sente segura, independente, respeitada, reconhecida por sua experiência e participante de sua comunidade, sendo esse o propósito do envelhecimento saudável.

Segundo Pelzer & Sandri (2002, p.119): “o idoso é um ser em transformação, podendo ainda amar, empreender, trabalhar, criar, em suma, viver. Na nossa sociedade, muitas vezes, nos esquecemos que o mundo dos afetos não sofre um processo de deterioração com o avançar dos anos: cada um de nós tem o desejo de amar e ser amado, ser útil e independente e sentir o significado profundo que representa a sua existência ao longo do curso de vida”.

Para Braga & Lautert (2004) a qualidade do tempo vivido e as condições ambientais nas quais a vida transcorre são essenciais, visto que cada indivíduo terá uma bagagem própria ao envelhecer, decorrente das transformações sofridas ao longo da vida, dos ganhos e das perdas. Vários fatores contribuem para determinar como

uma pessoa envelhece, como seu estilo de vida, ocorrência de doenças, acidentes, estresse, condições ambientais desfavoráveis.

Quando se fala em envelhecimento, é importante ressaltar que essa fase pode e deve ser acompanhada de saúde e satisfação para o indivíduo. Para que isso aconteça faz-se necessária à existência de condições sociais, de atenção a saúde, que permeiem todo o processo pelo qual constitui-se o envelhecer, bem como a valorização dos anseios do idoso.

Conforme Sarti (2001), a perspectiva a partir dos idosos deve nortear as políticas sociais de apoio à velhice, evitando imposições, que perpetuem a situação de dependência, freqüentemente resultado de uma “invenção” da velhice (por outros, que não os velhos). Trata-se de mudar o lugar do idoso, na família e no mundo social, a partir de seu próprio ponto de vista, considerando as possibilidades existentes. Há cada vez mais exemplos estimulantes de idosos que tem sido protagonistas de uma outra velhice, afirmando-se como sujeitos de direitos e de desejo, na família e na sociedade, contribuindo, assim, para mudar a própria concepção social da velhice.

Existe a preocupação de que a velhice seja acompanhada de saúde e satisfação pessoal. Para isso, faz-se necessário reconhecer as peculiaridades do envelhecimento humano, para que se possa planejar, direcionar e proporcionar um envelhecimento mais promissor aos atuais e futuros idosos.

Segundo Assis (1998), garantir aos idosos as condições necessárias para viver a terceira idade de forma mais plena e satisfatória, com respeito e apoio, é tarefa para todos nós. Um bom começo é poder olhar o idoso como um guardião vivo de nossa história, que tem a experiência dos anos vividos. Por outro lado, é participar na busca pela melhoria na qualidade de vida da população em geral, pois mais digno e saudável será o envelhecimento quanto mais favorável e rico em possibilidades for o próprio viver.

3.2 OS ASPECTOS CULTURAIS DO ENVELHECIMENTO

Um dos significados originais de cultura é “lavoura” ou “cultivo agrícola”, o cultivo que cresce naturalmente. A raiz latina da palavra “cultura” é *colere*, o que pode significar qualquer coisa, desde cultivar e habitar a adorar e proteger. *Colere* também desemboca via o latim *cultus*, no termo religioso “culto”, assim como a própria idéia de cultura vem da Idade Moderna a colocar-se no lugar de um sentido desvanecente de divindade e transcendência (EAGLETON, 2003).

No fim do século XVIII, o termo germânico *kultur* referia-se a todos os aspectos espirituais de uma comunidade, enquanto a palavra francesa *Civilization* referia-se às realizações de um povo. Em 1871, o responsável pelo primeiro conceito de cultura, Edward Tylor sintetizou ambos os termos no vocábulo inglês *Culture*, definindo-o como “todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade” (EAGLETON, 2003, p.10).

Desde então, várias foram as acepções atribuídas a palavra cultura. Segundo Marconi & Pressoto (1998), os antropólogos buscam conceituar cultura desde o final do século passado, chegando a formular diversas definições, porém, não se chegou a um consenso sobre o significado exato do termo.

Para Benedict (1972) a cultura é como uma lente através da qual o homem vê o mundo. Homens de culturas diferentes usam lentes diversas e, portanto, podem ter visões desencontradas das coisas. O modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e mesmo as posturas corporais são assim produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura. Graças a isso, podemos entender o fato de que indivíduos de culturas diferentes podem ser facilmente identificados por uma série de características, tais como modo de agir, vestir, caminhar, comer, sem mensurar a evidência das diferenças lingüísticas, o fato de mais imediata observação empírica (LARAIA, 1993).

De acordo com Leininger (1985), a cultura são os valores, crenças, normas e o modo de vida praticado, aprendido, compartilhado e transmitido, gerando pensamentos, decisões e ações padronizadas em determinados grupos sociais. Entretanto, hoje estes padrões nem sempre perduram como em tempos anteriores à pós-modernidade. A assimilação de modelos tem atualmente uma rapidez extraordinária, do mesmo modo, alguns bastante fugazes.

Conforme Aranha (1989), as diferenças entre o homem e o animal não são apenas de grau, mas de natureza, pois, enquanto o animal permanece envolvido na natureza, o homem é capaz de transformá-la. A condição humana resulta da assimilação dos modelos sociais a que a existência do homem se faz mediados pela cultura, sendo esta composta por elementos que emergem do processo de interação social e das experiências da vida social.

O antropólogo Leslie White (1955, p.180) escreve que “todo comportamento humano se origina no uso de símbolos. Foi o símbolo que transformou nossos ancestrais antropóides em homens e fê-los humanos. Todas as civilizações se espalharam e perpetuaram somente pelo uso de símbolos (...) toda cultura depende de símbolos (...) sem o símbolo não haveria cultura, o homem seria apenas animal, não um ser humano”.

Para Geertz (1989, p.57), os símbolos são usados “para impor um significado para a experiência. Os indivíduos os encontram em uso corrente na comunidade (lhes são dados) quando nasce e permanecem em circulação até sua morte. Enquanto vive se utiliza deles (...)”, a utilização dos símbolos tem o propósito de orientar as experiências que estão sendo vividas.

A cultura na linha simbólica é definida como “um padrão de significados transmitidos historicamente, incorporados em símbolos, um sistema de concepções herdadas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seus conhecimentos e suas atividades em relação à vida” (GEERTZ, 1989, p.103). O uso dos significados é próprio de toda sociedade, através deles, os humanos organizam seus comportamentos, compreendem-se a si mesmos e

aos demais e dão sentido ao mundo. Esse sistema de significados constitui a sua cultura (SPRADLEY, 1979).

A cultura norteia como as pessoas vivem, o que é comumente acreditado e valorizado, bem como o modo como as pessoas procuram atender suas necessidades na sociedade. O homem está invariavelmente em contato com o meio que o cerca e, portanto, sofre influências constantes desse meio.

O homem é o resultado do meio cultural em que foi socializado. Ele é um herdeiro de um longo processo acumulativo, que reflete o conhecimento e a experiência adquirida pelas numerosas gerações que o antecederam. A manipulação adequada e criativa desse patrimônio cultural permite as inovações e invenções (LARAIA, 1993).

Conforme Vannucchi (1999, p.21) “somente se poderá conceituar cultura como auto-realização da pessoa humana no seu mundo, numa interação dialética entre os dois, sempre em dimensão social. Algo que não se cristaliza apenas no plano do conhecimento teórico, mas também no da sensibilidade, da ação e da comunicação”.

De acordo com Ullman (1991, p.22):

(...) se por um lado o homem cria cultura, esta por sua vez é criadora do homem, é condicionadora da vida do homem em sua sociedade. Ao nascer, o ser humano assemelha-se, em seu comportamento, ao dos irracionais: não conhece freios para seus ímpetos, ignora de todo o comportamento social, isto é, de sua sociedade. Na medida em que incorpora as normas de sua sociedade, a criança endocultura-se. Incorpora e absorve a maneira de pensar, agir e sentir própria da cultura em que nasceu. O ajustamento é fruto da internalização dos princípios que regem determinada sociedade.

Segundo Helman (1994) a cultura compõe-se de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos. Isto significa que a cultura de qualquer grupo de pessoas em qualquer período de tempo é influenciada por muitos fatores. Portanto, é impossível isolar crenças culturais e comportamentos puros no contexto social e econômico em que ocorrem.

Conforme Marconi & Presotto (1998, p. 45), a cultura pode ser analisada e compreendida ao mesmo tempo sob diversos enfoques: “idéias (conhecimento e filosofia); crenças (religião e superstição); valores (ideologia e moral); normas (costumes e leis); atitudes (preconceito e respeito ao próximo); padrões de conduta (monogamia, tabu); abstração de comportamento (símbolos e compromissos);

instituições (família e sistemas econômicos); técnicas (artes e habilidades); e artefatos (machado de pedra, telefone)”.

Uma vez que as práticas sociais são históricas e fazem nascer novas formas de sujeito e de conhecimento, a cultura está diretamente relacionada à produção de sujeitos que se constituem no interior da história e que estão, inevitavelmente, presos a ela, e, como sugere Fischer (2001, p. 26): “falar de cultura implica falar de um campo muito específico, qual seja, o da produção histórica e social de significações numa determinada formação social”, através do qual damos sentidos às nossas vidas e, por conta disso, nos tornamos sujeitos.

De acordo com Hall (1997, p.23), a cultura “não pode mais ser estudada como uma variável sem importância, secundária ou dependente em relação ao que faz o mundo mover-se; tem de ser vista como algo fundamental, constitutivo, determinando tanto a forma como o caráter deste movimento, bem como sua vida interior”.

Como referem Howard & Hollander (1997, p. 35):

(...) através da interação, negociamos interpretações particulares, isto é, criamos significado. Através da linguagem, através da participação nos rituais da interação social, através do nosso envolvimento ativo com os símbolos e as realidades materiais da vida de todos os dias, nós literalmente criamos aquilo que reconhecemos como real. Um mínimo de compreensão das regras partilhadas e das realidades é necessário para sustentar a comunicação humana, a interação e, em última instância, as sociedades.

Perante a exposição dessa rica gama de atribuições relativas à cultura, torna-se primordial atrelar esses conhecimentos e compreensões a prática do cuidado, fazendo com que o profissional respeite o entendimento cultural de cada um de seus pacientes. Nessa perspectiva, Gualda (2002, p. 48) ao explicar as expressões de cuidado defendidas por Leininger, afirma:

o cuidado é culturalmente construído. Cada cultura tem sua forma, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e prever o estado de bem-estar, saúde e doença. Em decorrência disso, para a autora, o cuidado não é atividade ou ato isolado, mas um fenômeno intelectual, abstrato e de conotação mais ampla. A partir desse pressuposto, cultura e cuidado foram sintetizados em uma estrutura de constructo fortemente embricada, para explicar, interpretar e produzir fenômenos relevantes para a enfermagem.

O fato de que o homem vê o mundo através de sua cultura tem como consequência a propensão em considerar o seu modo de vida como o mais correto e o

mais natural. A isto, dá-se o nome de etnocentrismo, que podem resultar em apreciações negativas dos padrões culturais de povos diferentes, podendo, práticas de outros sistemas culturais, serem catalogadas como absurdas, deprimentes e imorais (LARAIA, 1993). Na intenção de praticar um cuidado mais assertivo, a enfermeira necessita aprender a trabalhar e respeitar as diferenças, sem impor a sua maneira de pensar, propiciando orientações diferenciadas, que priorizem o conhecimento cultural.

De acordo com Leininger (1991, p. 37):

o processo saúde-doença dos indivíduos, familiares e grupos é influenciado pela cultura, e o enfermeiro desenvolverá ações congruentes se entender que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente da dos indivíduos, famílias e grupos com quem está atuando. O enfermeiro deverá, portanto, analisar o contexto cultural em que se encontra o seu paciente, verificando se o cuidado popular está próximo do cuidado profissional. Desta forma ele estará cuidando a partir de uma realidade específica e, conseqüentemente, desenvolvendo um trabalho de melhor qualidade.

Áreas específicas de conhecimento vêm sendo relacionadas a práticas que buscam o entendimento e conhecimentos peculiares aos idosos. Segundo Bodachne (1998), a Geriatria e a Gerontologia se desenvolveram acentuadamente a partir da segunda metade deste século, quando o nível médio da vida humana começou a se tornar mais elevado, sendo que a geriatria se desmembrou da medicina interna devido ao fato de parâmetros clínico-biológicos dos idosos serem diferentes dos adultos. A geriatria se dedica ao estudo da saúde do idoso, não apenas no tratamento, mas também prevenção, reabilitação, reintegração no seio familiar e vigilância continuada. A gerontologia aborda o envelhecimento sob seus múltiplos aspectos, como o biológico, social e econômico.

Debert (1999, p. 27) afirma que o discurso gerontológico tem agido num duplo movimento: um no sentido de uma crescente socialização das formas de gestão do processo do envelhecimento e o outro na direção de “reprivatização da velhice” - na medida em que se enfatiza a responsabilidade individual no modo como cada um envelhece ou se deixa envelhecer (dicotomia cuidado/desleixo), principalmente através do uso intensivo de dispositivos midiáticos e da produção de espaços sociais em torno do velho.

A cultura criou, na família e na sociedade, expectativas diferentes em relação aos jovens e em relação aos velhos. Dos jovens, espera-se o desenvolvimento intelectual-profissional e a exuberância sexual. Dos velhos, espera-se que abdicuem da sexualidade, do trabalho e de atividades outras na sociedade. (PETROIANU & PIMENTA, 1998).

Por muito tempo, a população idosa sofreu e ainda continua sofrendo discriminação por parte da sociedade. Como afirmava Beauvoir em 1972, a população mais idosa, o chamado grupo da minoria improdutivo, sempre teve seu destino subordinado aos interesses da maioria ativa. Entretanto, uma visão mais distinta se faz presente nas sociedades atuais. A idéia de uma visão mais positiva do envelhecimento é resultado de vários fatores, dentre os quais, o crescimento numérico da população idosa em todo o mundo, assim como o advento de estudos antropológicos, que possibilitam uma visão privilegiada acerca do processo de envelhecimento.

A antropologia fornece subsídios essenciais para inovar a abordagem das questões concernentes à saúde do idoso. Ela permite relativizar a visão universalista, habitualmente seguida em estudos sobre o envelhecimento. Inicialmente, demarcado a partir da visão advinda da dimensão biológica, o envelhecimento foi associado à deterioração do corpo, conseqüentemente, tratado como fase da vida assinalada pelo declínio (CORIN, 1985; DEBERT, 1999).

Contudo, estudos realizados em sociedades não ocidentais tornaram conhecidas imagens bem mais positivas da velhice e do envelhecimento, interrogando a universalidade da visão ocidental e mostrando que uma representação de velhice enraizada nas idéias de deterioração e perda não é universal (UCHÔA, 2003).

Já em 1989, Evans-Pritchard (1989) em seu estudo sobre os *Nuer*, grupo étnico do Sudão, demonstra uma visão mais positiva, de respeito aos mais velhos, relatando que a entrada na adolescência para o *Nuer* do sexo masculino é marcada por um ritual de iniciação que define sua inserção em uma classe de idade e determina seu estatuto de superioridade, igualdade ou inferioridade frente aos outros *Nuer*. Os membros de uma classe de idade devem respeito aos da classe anterior, que é composta por

peessoas mais velhas e, portanto, superiores na hierarquia social. Este respeito e deferência transparecem em todas as dimensões da vida social.

A partir do momento em que se começou a conhecer o processo de envelhecimento em distintas culturas e que se constatou a heterogeneidade das formas de envelhecer, a velhice deixou de ser vista apenas como evento natural da vida, para ser encarada como acontecimento densamente influenciado pela cultura.

O envelhecimento deixa, então, de ser visto como um estado ao qual os indivíduos se submetem passivamente para ser encarado como um fenômeno biológico, ao qual os indivíduos reagem a partir de suas referências pessoais e culturais (CORIN, 1985; MARSHALL, 1987).

O envelhecimento, ao mesmo tempo em que é processo “comum” a todos os seres humanos, é também caracterizado pela individualidade de cada um, na medida em que considera a experiência de vida, profundamente influenciada pela cultura. Como já dizia Beauvoir (1970, p.70): “a velhice só pode ser compreendida na sua totalidade. Não representa somente um fato biológico, é também um fato cultural”.

No intuito de atingir um mínimo de compreensão e atuação junto ao processo de envelhecimento, faz-se necessário acatar a individualidade de cada um, respeitando seus preceitos culturais. A enfermagem no intento de desenvolver ações efetivas de cuidado na atenção aos idosos, necessita estar alicerçada em conhecimentos que lhe permitam uma visão diferenciada e mais fidedigna relativa a cada idoso.

Para o enfermeiro realizar ações de cuidado culturalmente congruentes deverá ter a consciência de que sua cultura profissional e pessoal provavelmente será diferente da cultura popular, das pessoas, das famílias ou dos grupos que estiver cuidando (LEININGER, 1995).

Muitos profissionais observam e vivenciam a situação de cuidado de modo diferenciado a despeito daquele a quem prestam cuidados. Isso porque, muito provavelmente, possuem visão diferenciada, como também, vivenciaram situações distintas em suas vidas. Assim, acabam por fornecer orientações e cuidados que não se adequam à realidade da pessoa que necessita de cuidado. Aquele que presta e o que

recebe cuidado necessitam estar em harmonia para que ocorra um desfecho positivo no encontro entre ambos.

O idoso é um ser imbricado em conhecimento e sabedoria advindos do meio em que se desenvolveu. Possui inúmeras crenças e valores que foram se consolidando no decorrer de sua existência. Assim, possuem saberes que acreditam proporcionar bem-estar a sua vida. No entanto, as orientações de cuidados fornecidas pelos profissionais que acompanham os idosos hospitalizados, freqüentemente, se configuram em práticas de cuidados de cunho científico, o que nos faz refletir até que ponto essa característica das orientações dos cuidados atinge positivamente os doentes (LENARDT et al, 2005).

Nem sempre o que é acadêmico e, portanto, científico, conseguirá modificar de maneira satisfatória a vida da pessoa que necessita de cuidados. Os conceitos necessitam ser revistos e a sabedoria advinda da cultura, respeitada. Como explicitam Lenardt et al (2005, p.17), “o idoso apresenta restrição em aceitar o que lhe é imposto, mas demonstra interesse em praticar o seu cuidado embasado em seus princípios culturais”.

Considero que os idosos possuem saberes próprios e vivenciam o envelhecimento a partir de conceitos e valores advindos de sua cultura e experiência. Nesse sentido, os papéis desenvolvidos por enfermeiros e idosos necessitam definir comportamentos coerentes, que considerem a individualidade e especificidade de cada ser humano.

Na intenção de prestar um cuidado culturalmente congruente, faz-se necessário ampliar o conhecimento acerca da forma como o paciente idoso desenvolve seu cuidado. A teoria de Madeleine Leininger permite desvelar e compreender a heterogeneidade relativa ao comportamento do idoso, possibilitando assim, o embasamento do cuidado, que valoriza a identidade cultural do paciente.

3.3 O CUIDADO DE SI

O termo cuidado tem duas palavras como origem: *coera* e *cogitare-cogitus*. A primeira significa cura e “era utilizada em um contexto de relações de amor e de amizade. Expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de

inquietação pela pessoa amada ou pelo objeto de estimação”. Já a segunda, modificada para *coyedar*, *coidar*, *cuidar*, além do sentido de cura expressava as seguintes ações: “cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação”. O cuidado somente surge, quando a existência de alguém tem importância para o ser (BOFF, 1999, p. 91).

Na concepção de Leitão & Almeida (2000, p. 81), o cuidado “é um ato de vida que compreende variadas atividades que visam manter e sustentar o ser, reparar o que lhe constitui obstáculo e assegurar a continuidade da vida”.

Conforme Heidegger (1969), antes de nascermos, já estamos subjugados à essência do cuidado; ele é a condição, inclusive, de nossa superação, o caminho da perfeição. Os seres humanos vivem os significados de suas vidas através do cuidado.

De acordo com Boff (1999, p. 34):

se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Se, ao longo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver à sua volta. Por isso o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana. O cuidado há de se apresentar em tudo.

Segundo Waldow (2004, p. 188) “o cuidado se inicia por nós, com a preocupação com o outro, com o seu bem-estar. Cuidar significa praticar a convivialidade, o respeito, a solidariedade”.

Muitas vezes, o cuidado e o relacionamento entre as pessoas estão interligados. Um retro-alimenta o outro. É pelo intermédio das relações que os seres humanos se cuidam e se sentem cuidados. O cuidado permeia a vida de todas as pessoas. Desde o nascimento, o ser humano necessita de cuidado para que possa continuar vivo. É no jogo das relações humanas que ele se faz mais visível.

O cuidado constitui-se a essência do ser humano, sendo que o indivíduo somente existe no mundo através do cuidado. Na ausência do cuidado, deixa-se de ser humano. É um jogo de interdependências, no qual o homem necessita de cuidado e relações humanas para manter-se vivo.

Por meio do cuidado de si, resulta a condição que possibilita o cuidado do outro. Desde a década de setenta, Mayeroff (1971) ressalta que o cuidar de si mesmo considera a necessidade de cuidar de algo ou de alguém fora de si mesmo na medida

em que serve alguém ou algo. Incapaz de cuidar de algo ou alguém separado de si, este ser é incapaz de cuidar de seu próprio ser.

O cuidado de si “é antes de tudo construção e relação; relação do sujeito consigo mesmo e relação entre este e os outros seres humanos. O cuidado de si se dá na troca, no intercâmbio dos seres humanos. Esta é sua característica fundamental, uma vez que ninguém existe sozinho, precisamos da coletividade e do viver em conjunto para sobreviver” (OLINISKI, 2006, p. 29).

Neste estudo, o cuidado de si significa a atitude de uma relação profícua consigo mesmo e com o outro. Situação na qual se fazem presentes valores como o respeito, o amor, a solidariedade, que estimam os aspectos relacionais do ser.

Para Mayeroff (1971, p. 62) “praticamente todas as características do cuidado realizado ao outro se aplicam ao cuidado de si: a dedicação, a confiança, a paciência, a humildade, a sinceridade e a prioridade do processo”.

O cuidar de si “pressupõe o exercício da afetividade, uma necessidade do ser humano de trocar e relacionar-se com os outros de forma amistosa, cordial e agradável, para expressão de seus sentimentos” (RADÜNZ, 2001, p. 106). O cuidado de si se expressa especialmente através das interações humanas, do respeito mútuo.

Conforme Lenardt & Tuoto (2003), a prática do cuidado de si implica que o sujeito se constitua face a si próprio como um indivíduo que sofre de certos males e que deve deles cuidar, seja por si mesmo, ou por alguém que para isso tenha competência. O cuidado de si exige, muitas vezes, o envolvimento de outrem, em razão das impossibilidades do sujeito ou até mesmo das características relacionais próprias de alguns cuidados.

A enfermagem como uma das profissões que tratam do cuidado dos sujeitos, deve mobilizar-se para favorecer que os indivíduos alcancem o cuidado de si, numa intenção ou um objetivo que permeia ou deveria permear as relações entre a enfermagem e os clientes (LUNARDI, 1999).

Como destaca Lenardt & Tuoto (2003, p. 17):

o cuidado de si exige da enfermeira busca a outras fontes de conhecimentos diferenciadas, com vistas a desenvolver a capacidade de detectar o sentido da informação emitida pelos doentes e ser capaz de utilizá-las. No processo do cuidado de si, há um mundo entre a ignorância inconsciente de si própria, a segurança dogmática e a tomada de consciência da ignorância. O conhecimento pode e deve a partir de então, trabalhar e negociar sem tréguas com a ignorância.

Antes de prestar qualquer tipo de cuidado ao paciente ou pessoa que esteja sob a incumbência da enfermeira, esta deve, em primeira instância, respeitar e conhecer a individualidade de cada um, reconhecendo as diferenças, as possibilidades e impossibilidades, de modo que auxilie ou oriente a pessoa que recebe o cuidado, a cuidar de si.

Para o idoso é significativo o respeito e o conhecimento das suas possibilidades por parte dos profissionais de enfermagem. As orientações que estimulam o cuidado de si devem ser as mais adequadas para as pessoas idosas, já que levam em conta as possibilidades de cuidado deles e o estímulo para solicitarem que alguém realize por eles o cuidado que definitivamente não podem mais desenvolver.

Para tanto, é essencial que a pessoa idosa deseje cuidar-se, engajando-se nas questões culturais, ambientais, socioeconômicas, familiares ou da comunidade que perpassam seu cotidiano (SILVA, 2000). O cuidado de si faz parte da vida humana, perpassa a vida diária e se anuncia no modo como os seres humanos se relacionam consigo mesmos e uns com os outros. É imprescindível aos seres humanos e está intensamente ligado ao cotidiano.

O idoso, como todos os outros seres humanos, é um ser de relações. Está fortemente ligado as situações de interação com família, amigos, vizinhança. É nesse jogo de relações que o idoso demonstra e recebe afeto, estabelece relações de confiança, presta e recebe cuidados. Todas estas circunstâncias cotidianas permitem diariamente, a prática e o exercício do cuidado de si.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico foi consolidado em autores como Trentini & Paim (1999; 2004), concernente à Pesquisa Convergente Assistencial e o Modelo de Cuidado Cultural.

4.1 A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) trata de pesquisa de abordagem qualitativa. Esta possibilita ao pesquisador, um contato direto com o objeto a ser pesquisado, permitindo ao mesmo, adentrar no mundo dos significados das relações e ações humanas, proporcionando um maior conhecimento acerca da situação que se busca desvelar.

Segundo Minayo et al. (2000, p. 21), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com “o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Para Wood & Haber (2001, p. 125):

a pesquisa qualitativa é particularmente bem adequada ao estudo da experiência humana sobre saúde, uma preocupação fundamental na ciência da enfermagem. Os métodos qualitativos têm relevância direta para a prática de enfermagem por se moverem sob a superfície de resultados para revelar processos de vida que contribuíram com o resultado. Um conhecimento desses processos de vida aumenta a compreensão e fornece uma base para intervenção que talvez melhore a qualidade de vida.

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) “é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir

inovações na situação social; portanto este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado” (TRENTINI & PAIM, 1999, p. 26).

Os profissionais da saúde que atuam diretamente no cuidado e na cura da população, segundo Trentini & Paim (1999), focalizam suas atividades principalmente no *fazer*, o qual não pode ser confundido com tarefas executadas automaticamente e rotineiramente. Para executar o cuidado ou assistência às pessoas, os profissionais necessitam, inevitavelmente, obter informação a respeito do cliente a ser cuidado. Essa atividade básica de assistência requer participação de uma equipe transdisciplinar, para obter informações mais completas acerca das várias dimensões do cliente, a fim de proporcionar assistência adequada.

Ambas, a pesquisa e a prática assistencial estão alicerçadas na informação, sendo que, na pesquisa, esta atividade é rigorosamente sistematizada. Os profissionais da prática centralizam as atividades no *fazer*, os pesquisadores focalizam-nas no *pensar o fazer*; a pesquisa visa buscar algo novo; logo não está direcionada por critérios preestabelecidos, mas, pelo contrário, se propõe a construir e reconstruir conhecimentos para orientar a prática (TRENTINI & PAIM, 1999).

A prática assistencial e a pesquisa proposta por Trentini & Paim têm características próprias, no entanto são convergentes, ou seja, a prática assistencial pode estar baseada nos resultados da pesquisa que, por sua vez, recebe introvisões *insights* e *feedback* da prática. Conforme Trentini & Paim (2004, p. 34), “a prática assistencial pode ser considerada o ‘celeiro’ no qual a pesquisa busca grãos (idéias) para semear e, ainda, pode servir de instrumento para ceifar o produto da pesquisa”. Contudo, ainda que a pesquisa e a prática assistencial tenham características próprias, nada impede que a enfermeira pesquise um fenômeno e pratique assistência de enfermagem ao mesmo tempo.

Uma das vantagens da PCA consiste em “vir o saber da prática assistencial à tona por meio de leituras e experiências, juntadas e produzindo novo modo de pensar; tanto o que vai sendo lido como as vivências do leitor dão lugar a um efervescente processo de criação de idéias e a um exercício de acercamento do raciocínio de

colocação de problemas de estudo em projetos de pesquisa convergente à assistência de enfermagem” (TRENTINI & PAIM, 2004, p. 59).

Segundo Trentini & Paim (2004), a trajetória da pesquisa convergente-assistencial deve conter no seu processo de investigação as seguintes fases: concepção, instrumentalização, perscrutação, análise e interpretação.

Na fase de **concepção** são determinados o tema, a questão de pesquisa, os propósitos, os objetivos, a revisão de literatura, introdução e justificativa. A escolha do espaço de pesquisa, dos participantes, dos métodos e técnicas de obtenção das informações é realizada na fase de **instrumentação**.

Na fase de **perscrutação**, principalmente as entrevistas e observação participante que valorizam o escutar o outro com sensibilidade e criatividade, configuram estratégias para a obtenção de dados. A coleta e organização de informações, síntese, teorização e recontextualização constituem a fase de **análise**.

A última fase da PCA, a de **interpretação**, agrega os resultados do processo: síntese (associações e variações das informações), teorização (relações reconhecidas no processo de síntese: pressupostos e questionamentos) e transferência (socialização dos resultados singulares).

Neste estudo, a fase de análise será baseada no Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por Lefèvre & Lefèvre (2003).

Na PCA os participantes constituem parte integrante do estudo, podendo participar, por exemplo, através de sugestões e críticas, validando e divulgando os resultados de outras formas.

Para Moretto (2003) a PCA proporcionou mudanças e introduziu inovações no contexto da prática, propiciando alternativas e soluções para seus problemas. À medida que os encontros se desenvolviam e os assuntos eram abordados, o grupo apontava para possíveis reestruturações de sua prática. Foi um processo que exigiu muita reflexão crítica.

Por estar descontente e inquieta quanto à forma e resultado do processo de ensino-aprendizagem do seu cotidiano como docente de um curso de graduação em enfermagem, Dall Bello (2003) procurou propor uma nova maneira de educar/cuidar,

cuidar/educar, aliando a prática à pesquisa e reflexão diária das situações vivenciadas. Por meio de sua experiência, relatou que o modelo de PCA possibilitou repensar, renovar e refazer a prática profissional, sem, contudo, distanciar do dia-a-dia, ao contrário, ele foi o objeto de estudo, trabalho e reflexão, evidenciando maior qualidade e possibilidade na arte de ensinar/cuidar/pesquisar.

Ao realizar um estudo que teve como objetivo discutir e refletir junto aos profissionais de enfermagem o gerenciamento do cuidado nas unidades de hemodiálise em Curitiba, Willig (2004), relatou que a PCA aponta o rumo para a transformação da prática do gerenciamento do cuidado, indicando também, outros caminhos que dêem maior segurança na direção a qual se pretende alcançar. É ideal para trabalhar em grupo, pois as soluções são buscadas coletivamente; com isto, os participantes se sentem mais responsáveis e se envolvem em todo o processo de pesquisa, almejando que as mudanças propostas aconteçam realmente.

No estudo de Vaccari (2006), cujo objetivo foi desenvolver ações de cuidados de si, alicerçadas nos hábitos do idoso renal crônico portador de nefropatia diabética em tratamento hemodialítico, a P.C.A. permitiu conciliar o conhecimento acadêmico, aliado à prática assistencial, demonstrando a importância e a possibilidade de executar pesquisa paralela à prática.

Ao realizar estudo que abordou o cuidado cultural do idoso renal crônico em tratamento hemodialítico, conforme Modesto (2006), a pesquisa convergente-assistencial permitiu obter informações adequadas dos idosos e cuidar deles ao mesmo tempo. Para a autora, o mais importante foi a mudança na sua postura como enfermeira responsável pela unidade de hemodiálise.

Moreira et al (2003) ao utilizarem a modalidade de P.C.A, com pacientes que não aderem ao tratamento da hipertensão arterial, afirmaram que a ampliação do cuidado e os êxitos alcançados se devem muito à pesquisa convergente assistencial. A P.C.A. inspira pensar o fazer; refletir sobre as ações de cuidado. Aproxima esse cuidado das necessidades do paciente e das possibilidades institucionais e profissionais.

Considerando a interdependência dos conhecimentos teóricos e práticos, a interseção pesquisa/assistência propicia ganhos reais no conhecimento teórico e prático, sendo assim, quando aplicadas simultaneamente, emergem novos conhecimentos para ambos, provavelmente mais verdadeiros no seu exercício. A introdução da pesquisa no cotidiano da prática assistencial acrescenta um importante fazer, contribuindo significativamente para um melhor cuidado profissional.

4.2 MODELO DE CUIDADO CULTURAL

O fator cultural na saúde/doença, antes considerado fator secundário, recentemente tem começado a receber mais atenção dos profissionais da área de saúde e dos cientistas sociais (BOEHS, 2002). O estudo dos fatores culturais na saúde e doença, pode assim, proporcionar vasta contribuição à sociedade. Porém, ainda vivemos num mundo que valoriza em grande parte, o conhecimento advindo da academia e que, necessariamente, deve possuir rigor e comprovação científica, ficando aquém dos conhecimentos aprendidos nas escolas e universidades, os conhecimentos e sabedorias próprios de cada sociedade.

Freqüentemente, profissionais da área de saúde, por compreenderem ser detentores da “verdade” ao se reportarem aos seus pacientes, acabam por ignorar e até menosprezar os conhecimentos e as crenças destes. O que precisa ser compreendido, tanto por parte dos profissionais, como por aqueles que estão sobre seus cuidados, é que existem maneiras distintas de se conceber e perceber o mundo. Deste modo, a maneira de compreender aspectos relativos à cura e cuidado, não seria diferente.

Assim, concordando com Leininger (1991), existe um sistema profissional de cuidado e cura que é o sistema organizado, formalmente reconhecido, que é o oferecido pelos profissionais de saúde, no qual se incluem os profissionais de enfermagem; e o sistema popular, que é o sistema local, em que se faz presente a família, com sabedoria própria, advinda de sua cultura.

Madeleine Leininger como enfermeira, alicerçada em seus conhecimentos advindos da antropologia, desenvolveu a Teoria Transcultural do Cuidado. Para ela, o cuidado ao ser humano é universal, isto é, o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado. No entanto cada cultura, de acordo com seu ambiente e estrutura social, possuirá sua própria visão de saúde, doença e cuidado.

A teoria de Leininger auxilia os enfermeiros a desenvolver um olhar antropológico sobre os fatos. Empregar uma teoria com base na antropologia e na enfermagem é uma contribuição para aproximar o mundo do cliente do mundo do profissional da saúde e fomentar o conhecimento na enfermagem (BOEHS, 2002).

Com base em suas experiências e estudos antropológicos, Leininger (1979, p.15) definiu a Enfermagem Transcultural como “o ramo da Enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à Enfermagem e às práticas de cuidados de saúde/doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de Enfermagem significativo e eficaz para as pessoas”.

Conforme Boehs (1990), Leininger iniciou uma exploração sobre a forma como as crenças, valores e práticas culturais poderiam influenciar os estados de saúde e doença das pessoas e nos cuidados desenvolvidos por elas.

A teoria do cuidado cultural tem como premissa a singularidade de cada ser humano, visto que, pessoas de diferentes culturas podem fornecer informações e nortear a maneira pela qual desejam ser cuidadas, sendo a cultura, determinante de padrões e estilos de vida, influenciando nas decisões e atitudes das pessoas.

Segundo Monticelli (1997, p. 94): para Leininger “os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem o cuidado de enfermagem, sendo também capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde”.

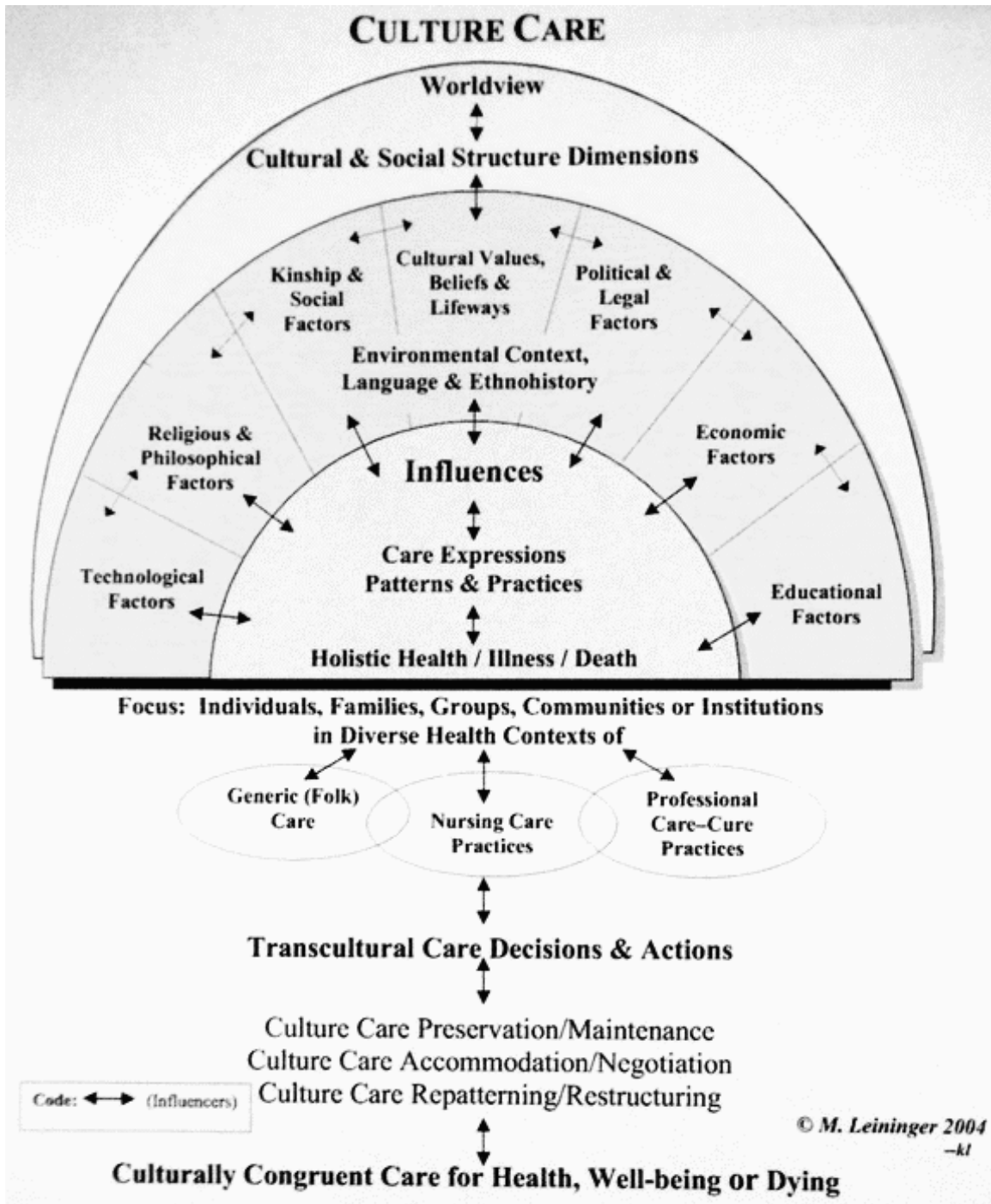
Listo alguns dos pressupostos de Leininger (1991) que de certo modo servem para irradiar luz sobre o presente estudo.

- O cuidado é essencial para a enfermagem, sendo um enfoque distinto, dominante, central e unificador;

- O cuidado é essencial para o bem-estar, para a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e para enfrentar desafios ou a morte;
- O cuidado cultural é o meio holístico mais amplo de conhecer, explicar, interpretar e prever os fenômenos do cuidado, de forma a guiar as práticas de cuidado em enfermagem;
- A enfermagem é uma disciplina e profissão de cuidado transcultural humanista e científico, com o propósito de servir aos seres humanos em todo mundo;
- Os conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de cuidado cultural são diferentes (diversidade) e similares (tentando a semelhança ou universalidade) entre todas as culturas do mundo;
- Todas as culturas humanas têm conhecimentos e práticas de cuidado cultural genérico (leigo, popular ou nativo) e, em termos gerais, conhecimentos e práticas de cuidado profissional que variam transculturalmente;
- Os valores, crenças e práticas de cuidado cultural são e estão relacionados a contextos de visão-de-mundo, linguagem, religião (espirituais), afinidades (sociais), políticas (legais), educação, economia, tecnologia, etnohistória e ambiente de uma cultura em particular;
- A Enfermagem de base cultural é benéfica, saudável e satisfatória; colabora para o bem-estar de indivíduos, famílias, grupos e comunidades em seus contextos ambientais;
- O cuidado culturalmente congruente ou benéfico somente pode ocorrer quando os valores, expressões ou padrões de cuidado cultural dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades são conhecidos e utilizados apropriadamente e de modo significativo pelo (a) enfermeiro (a);

Segundo Leininger (1991), a Teoria de Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural pode ser apresentada em forma esquemática, através do Modelo Sunrise ou Modelo do Sol Nascente (FIGURA 1). Esse modelo possibilita a visualização das diversas dimensões da teoria, sendo ainda utilizado para orientar e descrever as dimensões, componentes, facetas ou principais conceitos que influenciam a teoria com a visão total e integrada dessas dimensões.

FIGURA 1



Fonte: Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care, 2006

De acordo com Almeida (2000), o Modelo Sunrise revela um mapa cognitivo, ou um esboço conceitual de seus componentes e visão integral de suas dimensões e o modo como influenciam o cuidado e o estado de saúde de indivíduos, grupos, famílias e instituições socioculturais.

Esse modelo é constituído por quatro níveis. No presente trabalho, o planejamento e a intervenção de enfermagem serão subsidiados pelo nível quatro do modelo Sunrise, proposto por Leininger (1991). Neste nível ocorrem ações de enfermagem, que podem ser de três tipos: preservação e/ou manutenção; acomodação e/ou negociação e reorganização e/ou reestruturação. Estes três modos de decisões e ações devem levar a um cuidado de enfermagem culturalmente congruente.

Conforme Leininger (1991, p.48-49):

Preservação ou manutenção do cuidado refere-se àquelas ações e decisões profissionais, de assistência, apoio, facilitadoras ou de capacitação que ajudam pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou preservar valores culturais relevantes desde que eles possam manter seu bem-estar, curar doenças ou enfrentar incapacidades e/ou morte.

Acomodação ou negociação do cuidado refere-se àquelas ações e decisões profissionais de assistência, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam pessoas de uma determinada cultura adaptar-se, ou negociar com, para uma saúde benéfica ou satisfatória com profissionais provedores de cuidado.

Reorganização ou reestruturação do cuidado refere-se à todas as ações e decisões profissionais de assistência, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam o paciente a reordenar, trocar, ou modificar seus modos de vida para novos, diferentes e benéficos padrões de cuidado de saúde, enquanto respeita os valores e crenças culturais, permitindo ainda um saudável e benéfico modo de vida que depois das trocas ficam ratificados com os pacientes.

5 METODOLOGIA

A seguir, apresento o percurso metodológico desenvolvido neste estudo e as questões éticas.

5.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é de natureza qualitativa, alicerçado na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) proposta por Trentini & Paim (2004). Esta modalidade de pesquisa tem a sua origem na pesquisa-ação de Kurt Levin e no processo de enfermagem. É caracterizada pela “sua articulação intencional com a prática assistencial. Dessa forma, as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo e vice-versa, o que não implica classificar como idênticas as características das duas atividades” (TRENTINI & PAIM, 2004, p. 26).

Para a realização da PCA utilizei elementos considerados essenciais; a pesquisa, a assistência e a participação, assim como os propósitos da pesquisa convergente assistencial, conforme Trentini & Paim (1999, p. 27):

não se propõem a generalizações; é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial; se caracteriza como trabalho de investigação, porque se propõe a refletir a prática assistencial a partir dos fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras. O ato de assistir/cuidar cabe como processo da pesquisa.

Esta modalidade de pesquisa exige a participação ativa dos sujeitos envolvidos no estudo. Quando um pesquisador decide desenvolver pesquisa de campo convergente-assistencial, ele precisa estar convencido de seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial, colocar-se em compromisso com a construção de um

conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no campo estudado (TRENTINI & PAIM, 2004).

De acordo com Beltrame (2000), na PCA o pesquisador necessita colocar-se face a face com os sujeitos pesquisados, envolver-se, para que ambos possam interferir na realidade, construindo uma nova que proporcione melhor qualidade de vida.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário configura uma policlínica, unidade de convênio (recebe em sua maioria servidores do Estado) que faz parte de um hospital universitário de grande porte da região de Curitiba, atendendo número significativo de idosos. Esta unidade, por ser uma policlínica, recebe pacientes com diversos tipos de patologias (com destaque para aquelas de cunho crônico-degenerativas, como o diabetes e hipertensão em idosos) que se encontram em distintas fases de desenvolvimento humano, incluindo idosos, adultos, jovens e crianças.

O quadro de funcionários é composto por duas enfermeiras no turno da manhã, duas enfermeiras no turno da tarde e duas enfermeiras no período noturno (uma enfermeira na noite A e outra na noite B). Em cada turno trabalham em média oito auxiliares de enfermagem. O setor conta ainda com médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos que atendem nesta unidade.

A opção pelo cenário deveu-se à necessidade em prestar contribuição para melhoria da assistência ao idoso, em razão do grande contingente de idosos que recebem atendimento no setor, no qual desenvolvo minhas atividades como enfermeira assistencial.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram os idosos internados na policlínica. Para este estudo, foi utilizada a definição de idoso citada na Lei nº 8842/94, Art. 2º, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, “considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos” (BRASIL, 1996, p. 12277).

Os critérios de seleção para a inclusão no estudo foram: ser idoso; aceitar participar do estudo; consentir a gravação das entrevistas; possuir capacidade física e cognitiva para responder aos questionamentos relativos ao estudo. De acordo com Trentini & Paim (2004), na PCA, a amostra deverá ser constituída pelos participantes envolvidos no problema e, entre estes, os que têm mais condições que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo.

A amostra neste estudo não foi representada em termos numéricos; ela foi composta à medida que os dados/informações se repetiram no discurso dos participantes. Finalizei a coleta de dados com total de dez (10) idosos, no momento em que percebi significativa saturação das informações, ou seja, repetição de dados semelhantes.

5.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

Primeiramente, busquei os diálogos informais com todos os idosos participantes do estudo, bem como demonstrar conhecimento técnico-científico, o que facilitou o processo de interação com os mesmos. Para alcançar a interação com o idoso participante Lenardt (1996) aponta a necessidade da vivência de dois elementos: competência sócio-afetiva, que são comportamentos como respeito, alegria, atenção e carinho, e competência técnico-científica, definida como destreza manual, postura, criatividade e conhecimento científico. Somente iniciei os questionamentos específicos do estudo após desenvolver interação com os idosos. Estabeleci relação mútua de

confiança, com intuito de desenvolver interação mais profícua possível, para posteriormente prestar cuidados.

Durante toda a trajetória do estudo fiz articulação entre pesquisa e prática assistencial. À medida que prestei cuidado, estive também observando e fazendo perguntas ao idoso participante. Diálogos informais foram utilizados, porém, na medida do possível, foram direcionados para o propósito da pesquisa.

As informações foram coletadas por meio de entrevistas realizadas junto aos idosos, leituras dos seus respectivos prontuários e observações advindas dos comportamentos dos mesmos.

As informações foram coletadas no período de agosto de 2006 a outubro de 2006, tempo que foi suficiente para a saturação dos dados.

Realizei entrevista piloto com alguns idosos, na intenção de validar o instrumento e/ou efetuar modificações. Foram realizadas algumas alterações na estrutura dos questionamentos.

A entrevista individual (APÊNDICE 1) foi composta por questões abertas, com o intuito de estimular o participante a responder os questionamentos por meio de suas próprias palavras, o que propicia, de acordo com Grey (2001), alcançar um quadro mais completo das experiências dos participantes da pesquisa.

Como apontam Trentini & Paim (2004, p. 87): “na pesquisa convergente-assistencial, a entrevista não se limita à mera técnica de coleta de dados para a pesquisa, mas há uma consideração que vai além, ampliando os horizontes de delimitação pelas implicações inerentes à assistência ao cliente, ali arraigada”.

As entrevistas foram realizadas no quarto dos pacientes; este ambiente proporcionou privacidade, devido à presença apenas de pesquisado e pesquisador. Por meio da leitura dos prontuários dos pacientes obtive acesso às informações significativas das patologias e dados de identificação.

Ao longo do processo de cuidar desses idosos, estive observando e realizando questionamentos, em conversas informais que puderam complementar os dados já coletados. O cuidado perpassou todas as fases da investigação. Utilizei as mesmas etapas do processo de trabalho que desenvolvo no meu cotidiano profissional,

entretanto, com postura bastante diferenciada da rotina que enfrento diariamente. As posturas foram de melhor envolvimento com o idoso para captar o verdadeiro sentido do cuidado que ele desenvolve consigo. Tentei ainda, conquistar meios de apreender o verdadeiro significado do cuidado de si e até mesmo do não cuidado de si.

Para registro dos dados utilizei técnicas de gravações em fita cassete e anotações realizadas durante a entrevista. Durante as atividades de cuidados fiz anotações em minha caderneta de apontamentos referentes às observações, questionamentos e ações de cuidados.

Concomitantemente às entrevistas, fui desenvolvendo as ações de cuidados baseadas em Leininger (1991) de preservação e/ou manutenção; acomodação e/ou negociação e reorganização e/ou reestruturação. Estes três modos de decisões e ações foram desenvolvidos na tentativa de oferecer um cuidado de enfermagem culturalmente congruente, que emergiram por meio do diálogo individual com cada idoso na medida em que percebia que o mesmo necessitava dessas ações. Ao mesmo tempo em que pesquisava e prestava cuidado, fornecia também orientações de cuidado pertinentes aos idosos participantes do estudo.

5.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Os discursos foram analisados de acordo com a técnica do “Discurso do Sujeito Coletivo”, indicada por Lefèvre & Lefèvre (2003).

A técnica denominada “Discurso do Sujeito Coletivo” (DSC), desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 15), tem como proposta a “organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, papers, revistas especializadas”.

Na sua essência, a técnica incide em analisar as informações verbais coletadas, extraíndo-se as idéias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chave; são compostos, um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular, por meio das expressões-chave das idéias centrais ou ancoragens.

Para Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 16), “o Sujeito Coletivo se expressa através de um discurso emitido no que se poderia chamar de *primeira pessoa (coletiva) do singular*. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso expressa uma referência coletiva na medida em que esse *eu* fala pela ou em nome de uma coletividade. Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social”.

Os DSCs comportam as seguintes figuras metodológicas:

QUADRO 1 – FIGURAS METODOLÓGICAS DO DISCURSO DO SUJEITO

<i>Expressões-chave (ECH)</i>	<i>Idéias Centrais (IC)</i>	<i>Ancoragem (AC)</i>	<i>Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</i>
<i>São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhadas, e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. É com a matéria-prima das EC que se constroem os DSCs.</i>	<i>É um nome ou expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintática, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH.</i>	<i>Algumas expressões-chave remetem não a uma idéia central correspondente, mas a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina-se ancoragem.</i>	<i>É um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chave que têm a mesma idéia central ou ancoragem.</i>

COLETIVO

FONTE: LEFÈVRE, F. & LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

Para a tabulação dos dados, primeiramente, analisei isoladamente a questão 1 de todos os sujeitos entrevistados, a seguir, a questão 2 de todos os entrevistados e assim, sucessivamente. Dessa maneira, o primeiro passo consistiu em copiar

integralmente o conteúdo de todas as respostas referentes a uma determinada questão. Em seguida, identifiquei e destaquei em cada uma das respostas as expressões-chave das idéias centrais dos discursos. O próximo passo consistiu em identificar as idéias centrais a partir das expressões-chave encontradas. Posteriormente, identifiquei e agrupei as idéias centrais de mesmo sentido ou de sentido complementar. A partir de então, criei uma idéia central que expressava todas as idéias do mesmo sentido e, por fim, realizei a construção do DSC.

Nesse estudo não foram utilizadas as Ancoragens, visto que as mesmas não se fizeram presentes nos discursos. Conforme Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 50), “as ancoragens, diferentemente das idéias centrais, que são sempre presentes nos depoimentos, só são consideradas, na metodologia do DSC, quando estiverem concreta e explicitamente presentes nesses depoimentos, o que nem sempre acontece”.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados em todo o percurso desta pesquisa. Primeiramente, foi encaminhado ofício para solicitação do campo de pesquisa ao diretor clínico do hospital onde foi desenvolvido o estudo (ANEXO 1). Em seguida a liberação por parte da instituição (ANEXO 2), encaminhei o projeto ao Comitê de Ética do referido Hospital. Após aprovação pelo comitê de ética (ANEXO 3), dei início às entrevistas junto aos idosos participantes do estudo.

Inicialmente, expliquei ao idoso os objetivos do estudo, convidando-o a participar do mesmo. Após o idoso ter aceitado participar da pesquisa, pedi consentimento para gravar entrevistas. Aos que manifestaram desejo de colaborar com a pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4). O documento foi lido em conjunto com o idoso, sendo que, durante a leitura, busquei esclarecer todas as dúvidas, bem como garantir o direito ao mesmo, da desistência em qualquer etapa do estudo.

Foram assegurados sigilo e anonimato à instituição e aos participantes do estudo, sendo respeitado o artigo 35, da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Após os idosos concordarem e assinarem a Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido, o processo de cuidar/pesquisar foi iniciado.

Conforme Trentini & Paim (2004, p. 108): “a sistematização de dados obtidos na própria prática assistencial e a intencionalidade de desenvolver a investigação científica em meio à assistência de enfermagem impõem a construção de uma ética que lhes é apropriada e que requer postura da equipe de pesquisa, no andamento das etapas da investigação”.

6 OS RESULTADOS DA PESQUISA

Neste item apresento dados relativos ao perfil dos idosos participantes, suas características individuais e os resultados das análises das informações.

6.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O perfil dos idosos foi construído por meio de entrevista, leitura do prontuário e informações advindas dos próprios idosos participantes da pesquisa. A seguir, os quadros demonstram estes dados.

QUADRO 2 - CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE, CURITIBA - 2006

CARACTERÍSTICAS	VARIAÇÕES	PORCENTAGEM
Sexo	Masculino	6
	Feminino	4
Idade	61 a 65 anos	4
	66 a 70 anos	4
	71 a 78 anos	2
Religião	Católica	9
	Evangélica	1
Estado Civil	Casados	8
	Viúvos	2
Grau de Instrução	4ª série do primeiro grau	8
	2º grau completo	2
Renda Mensal	De 1 a 2 salários mínimos	5
	De 2 a 5 salários mínimos	5
Residência (com quem moram)	Cônjuge	4
	Cônjuge e 1 filho	2
	Cônjuge e 1 neto	2
	Sozinho	2

No Quadro 2 observa-se que 60% dos entrevistados eram do sexo masculino e 40% do sexo feminino. O número mais elevado de idosos do sexo masculino constituiu-se apenas coincidência, não significando que pacientes do sexo masculino internam com maior frequência.

A idade dos participantes da pesquisa variou entre 61 e 78 anos, sendo que os idosos entre 61 e 65 anos e os de 66 a 70 anos representam, o mesmo percentual, 40%, e os idosos de 71 a 78 anos perfaziam 20% do total da amostra. De acordo com o IBGE (2000), em 2001 foram realizadas 20 milhões de internações no País, o que dá uma média de 11,6 internações por cada grupo de 100 habitantes. Com a nova configuração demográfica brasileira, que assinala redução da proporção de crianças e jovens (menores de 15 anos) e aumento da proporção de idosos (60 anos ou mais), observa-se que a média de internações entre idosos (14,7%) é três vezes superior à de crianças e jovens (4,7%). O indicador gasto médio com internações e média de permanência na rede hospitalar mostra que o gasto com internações entre idosos chega a ser 60% superior (IBGE, 2000).

Quanto à religião, quase a totalidade dos participantes alegaram ser católicos (90%), sendo apenas um idoso (10%) pertencente à religião evangélica. De acordo com o Vaticano (2005) quase a metade dos católicos do mundo vive no continente americano. O número de fiéis batizados cresceu, passando de 71 milhões em 2002 a 86 milhões em 2003, o que implica um aumento de 15 milhões. No que se refere à distribuição dos católicos nas diferentes áreas geográficas, ressalta-se em particular que na América se encontram 49,8% dos católicos do mundo inteiro. Na Europa reside 25,8%, na África 13,2 %, na Ásia 10,4 % e na Oceania 0,8 %. De acordo com o IBGE, no Brasil as pessoas que se declararam católicas apostólicas romanas representavam, em 2000, 73,7% da população total, refletindo a predominância do catolicismo. O segundo maior percentual corresponde aos evangélicos, com 15,4% (IBGE, 2000).

Verifica-se no Quadro 2 que a maioria dos idosos do estudo são casados, número que corresponde a 80% dos participantes. Apenas 20% deles declararam ser viúvos. Dado confirmado pelo IBGE (2000) ao afirmar que a região Sul do país apresenta a maior duração das uniões civis.

No que diz respeito ao grau de instrução do participante idoso, 80% estudaram até a 4ª série do primeiro grau e os 20% restantes, afirmaram ter concluído o segundo grau. Na última década, a proporção de idosos alfabetizados passou de 55,8%, em 1991, para 64,8%, em 2000, representando um crescimento de 16,1% no período.

Apesar desse avanço, em 2000, o contingente de idosos analfabetos era expressivo, representando cerca de 5,1 milhões de pessoas. Os níveis de alfabetização considerando o sexo das pessoas idosas são diferenciados. Os homens continuam sendo proporcionalmente mais alfabetizados do que as mulheres, com 67,7% contra 62,6%, respectivamente. Uma explicação para esse fato é que no passado (até os anos de 1960) os homens tinham mais acesso à escola do que as mulheres (IBGE, 2000).

No que diz respeito ao salário dos idosos, 50% recebem entre um e dois salários mínimos e os outros 50% deles, possuem renda mensal em torno de dois a cinco salários mínimos. A análise da evolução do rendimento dos idosos, segundo o IBGE mostra um favorável quadro de crescimento do rendimento médio nominal entre os Censos de 1991 e 2000. A evolução do rendimento médio das pessoas com 60 anos ou mais de idade mostra que, embora a renda média do idoso seja inferior à do conjunto da população, em ambos os anos analisados, seu crescimento foi mais intenso, atingindo 63% entre 1991 e 2000, contra 42% do restante da população (IBGE, 2000). Observa-se no Quadro 2, que 40% dos idosos moram com o cônjuge, 20% moram com cônjuge e um neto, 20 % moram com cônjuge e um filho e 20% afirmam morar sozinhos. Em todo o País, 64,7% dos idosos moram com ou sem cônjuge, mas com filhos e/ou outros parentes na mesma casa (IBGE, 2000).

QUADRO 3 -PATOLOGIAS RESPONSÁVEIS PELA INTERNAÇÃO DOS INFORMANTES IDOSOS EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE, CURITIBA – 2006

CARACTERÍSTICAS	VARIAÇÕES	PORCENTAGEM
Patologias	DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)	2
	PNM (pneumonia)	2
	AVC (acidente vascular cerebral)	1
	Câncer de pulmão	1
	Queimadura em tronco e face	1
	ICC (insuficiência cardíaca congestiva)	1
	IRC (insuficiência renal crônica)	1
	Varizes	1

Observa-se no Quadro 3 que 20% dos idosos internados apresentavam doença pulmonar obstrutiva crônica, 20% deles estavam com quadro de pneumonia, 10% tinha sofrido acidente vascular cerebral, 10% era portador de câncer de pulmão, 10% estava com queimadura em região corporal, 10% era portador de insuficiência cardíaca congestiva, 10% apresentava insuficiência renal crônica e 10% estava internado para realização de cirurgia de varizes.

Estas patologias apresentadas, muitas vezes, impedem que os idosos realizem tarefas do seu dia-a-dia e podem causar dependência de outrem, bem como resultar no afastamento dos mesmos de suas atividades laborais.

6.2 AS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DO IDOSO

Neste item apresento as características individuais dos idosos, coletadas por meio do processo interativo desenvolvido nas entrevistas, observações e dados levantados no prontuário dos idosos participantes do estudo.

6.2.1 A.L.C., 65 anos

O A.L.C. 65 anos, é pertencente à religião católica, de origem italiana, mora em residência própria e é casado. Concluiu a 4ª série do primeiro grau, tendo trabalhado por 20 anos de sua vida como lavrador. Exerce atualmente a profissão de auxiliar de serviços gerais numa empresa pública, com uma renda mensal de cinco salários mínimos.

Conversamos sobre vários assuntos (que não tinham relação com a internação do idoso), referentes a fatos anunciados na televisão, visto que o mesmo possuía um aparelho de TV em seu quarto. Quando tinha alguma dúvida sobre seu atual estado de saúde, não hesitava em me perguntar. Nossa aproximação foi muito proveitosa e

percebi que havíamos conseguido estabelecer confiança mútua. Isto foi de extrema importância para o desenrolar dos contatos e obter informações precisas para o estudo.

No dia agendado para a entrevista adentrei no quarto do A.L.C., o qual mostrou-se sorridente e disposto a realização da nossa conversa. Todavia, de início, A.L.C. demonstrou estar receoso quanto à entrevista:

“Eu não sei se você sabe responder direito as perguntas; não tenho muito estudo, não sei se vou responder certo” (A.L.C., 65 anos).

Percebi que os contatos anteriores permitiram ao A.L.C. ficar a vontade logo que iniciei os questionamentos.

Relatou ser o primeiro internamento hospitalar de sua vida. Estava há três dias na instituição para realizar cirurgia de varizes em membros inferiores. Disse ser hipertenso e controlar a sua pressão arterial por meio de medicamentos de uso contínuo.

Declarou ser fumante de longa data, tendo iniciado este vício há cerca de quarenta anos. Quanto ao cigarro, relatou:

“Cigarro eu fumo demais. Agora aqui no hospital eu dei uma parada. Desde segunda-feira não fumei até agora (quinta-feira da mesma semana). Não digo que vou parar, mas diminuir. Eu fumo já há quarenta anos. Eu não sou muito de tragar a fumaça, acho que por isso não prejudicou muito. Acho que é quando a pessoa traga a fumaça, daí sim, prejudica de verdade a saúde. Eu só fumo um pouquinho pra relaxar.” (A.L.C., 65 anos).

Em alguns trechos da nossa conversa, explicitou fatos que o incomodavam frente à situação de doença:

“Eu gosto de caminhar, só depois que me atacou as varizes que eu parei de caminhar, andava muito de bicicleta, ia trabalhar a pé em vez de ônibus (...) agora já não dá mais” (A.L.C., 65 anos).

Um dos assuntos mais presentes durante nossas conversas, foi o relativo ao hábito de fumar. Quando me dizia que iria tentar largar, pelo menos diminuir a

quantidade e a frequência do vício, demonstrava através de seu modo de falar e na expressão facial, não acreditar que o cigarro possa lhe fazer tanto mal. Desacreditava nos malefícios explicitados na mídia e no diálogo dos profissionais de saúde. Uma de suas falas deixa este fato perceptível:

“Eu não sou muito de tragar a fumaça, acho que por isso não prejudicou muito. Acho que é quando a pessoa traga a fumaça, daí sim, prejudica de verdade a saúde. Eu só fumo um pouquinho pra relaxa.” (A.L.C., 65 anos).

Aferi sua pressão arterial que se encontrava 160/80 mmHg, como também sua frequência cardíaca que era de 70 bpm (batimentos por minuto). Administrei a medicação prescrita para o sintoma de hipertensão. Continuamos com diálogos informais, entretanto sempre colocava a importância dos cuidados que A.L.C. deveria desenvolver diante das doenças que apresentava.

O A.L.C. fazia questão em demonstrar satisfação com o conteúdo dos questionamentos e participação no estudo. No decorrer dos dias percebi que gostava muito de conversar com as pessoas. Demonstrou ser bastante sociável.

Em momentos diferentes, que não o da entrevista, sempre que podia, passava no quarto de A.L.C. para conversarmos e este demonstrava alegria com a minha chegada.

“Gosto quando você vem aqui conversar comigo. Esse ambiente do hospital é pesado (...) eu adoro conversar com pessoas, me faz feliz” (A.L.C, 65 anos).

6.2.2 A.V.L., 78 anos

A idosa A.V.L., 78 anos, é católica, de origem polonesa e é casada. Possui casa própria, mora com o marido e um neto de 14 anos de idade. Estudou até o 2º ano do segundo grau, exerceu por 20 anos a função de professora primária. Atualmente se ocupa com os afazeres do lar. Seus rendimentos mensais são de aproximadamente cinco salários mínimos.

Quando fui convidá-la a participar de minha pesquisa, rapidamente se prontificou a responder os questionamentos, afirmando ser muito “faladeira”, que adora conversar com as pessoas. De modo muito espontâneo A.V.L. fez breve histórico de sua vida:

“Eu fui uma menina triste, com 7 anos não tinha pai. Minha mãe era morta quando eu tinha 5 anos e meio. Minha irmã me sustentou, meu irmão mocinho teve que deixar de estudar para cuidar da gente. No que eu formei professora, meu irmão ficou tão feliz! O orgulho, se não for a professora, todo mundo nasce analfabeto. Dei 20 anos de aula. No grupo peguei uma professora e ela me deu uma lição de vida, ela era muito boa; ela mandou todo mundo escrever uma cartinha. Eu não tava escrevendo e ela perguntou porque não. Eu disse: “para quem que eu vou dar?” Ela me pegou, me ajudou e disse: “quem é que te deixa tão limpinha? Você está limpa, é que tua mãe, Deus levou, ta lá no céu, mas sua irmã, está sempre te estendendo a mão para ninguém te atingir”. Minha irmã nos criou. Depois fomos estudando, melhorando, trabalhei no palácio do governo, fomos fazendo a vida. Uma luta de uma família. Hoje tamos só eu, meu marido e minha filha; minhas irmãs morreram. Mas a minha família, o meu neto, eu adoro ele, porque eu criei ele. Um rapaz bonito, matemático (...)” (A.V.L., 78 anos).

Apesar de já ter passado por várias situações difíceis em sua vida, mostrava-se sempre muito alegre e bem disposta. Ficava, por várias vezes, passeando pelos corredores, conversando com outros pacientes e seus respectivos acompanhantes. Tive a impressão que, ao me relatar toda a situação de dor que já houvera passado em sua vida, mostrava ter conseguido dar a volta por cima. Mesmo estando com pneumonia e sendo portadora de hipertensão arterial, esbanjava felicidade e dificilmente desaparecia o semblante sereno de sua face. A doença para ela, era apenas mais um obstáculo a ser vencido:

“Não é porque a gente tá doente que tem que ficar triste. As barreiras aparecem pra gente enfrentar; eu encaro as coisas pelo lado positivo” (A.V.L., 78 anos).

A.V.L. é uma senhora bem cuidadosa com sua aparência. Quando entrei no quarto, estava vestindo um pijama com estampa delicada e de muito bom gosto. Comentou que não gostava de usar as roupas fornecidas pelo hospital, pois eram muito “feias”. Disse gostar de estar bem vestida e arrumada. A vaidade ficou evidenciada em seu discurso:

“Gosto de ter boa aparência, estar penteadinha (...). Sou uma pessoa simples e tenho uma cara de orgulhosa, dizem que tenho cara de granfina (risos). Adoro sapatos, salto alto, mas agora não posso, gosto de perfumes, mais florais que são os mais frescos, doce não, roupa de baixo, eu gosto de bege, não gosto de calça cavada” (A.V.L., 78 anos).

Com seus 78 anos de idade, (que não aparentava) bastante conservada fisicamente, demonstrava alegria e disposição invejáveis.

Aferi sua pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e frequência respiratória, que se apresentaram respectivamente em 140/90 mmhg, 72 bpm, 36º C e 22 rpm. As ações de cuidados foram discutidas ao longo de todos os processos interacionais.

6.2.3 B.S.P. 69 anos

O idoso B.S.P. 69 anos, é evangélico, de origem portuguesa, possui residência própria, é casado e mora com esposa e uma filha. Concluiu o primeiro grau, trabalhou 35 anos como auxiliar de almoxarifado e hoje se encontra aposentado, com renda mensal de dois salários mínimo.

O B.S.P., é comunicativo, extrovertido. Demonstrou ser extremamente apegado à família. Mostrou-me foto de suas filhas, inclusive, tinha no visor de seu aparelho de celular, como tela de fundo, uma foto muito bonita, na qual estava sendo abraçado e beijado por uma de suas filhas. A família de B.S.P. em todos os momentos estava sempre presente, seus membros frequentemente telefonavam para saber como o mesmo estava se sentindo. Relatou gostar muito de sua esposa, porém, acreditava que a mesma deveria ser menos estressada:

“Minha véia é nervosa no extremo. Tudo ela se preocupa. Ela tem 53 anos e tá com o rosto todo “chupado” pelo estresse. Deus me livre, se acaba” (B.S.P., 69 anos).

Durante todas as nossas conversas e também entrevistas, falou sobre a importância dos laços familiares, afirmando ser a sua família o sustentáculo para sua vida. Demonstrou também, ser pessoa temente a Deus, atribuindo a Este, a razão de sua existência. No dia seguinte ao término das nossas entrevistas, B.S.P., apresentou-me a uma de suas filhas e contou a ela nossas conversas. Ficamos os três, conversando por aproximadamente 20 minutos. Isso me fez perceber a importância da interação enfermeira/paciente, pesquisadora/pesquisado e a necessidade de ampliar laços com os familiares dos pacientes internados.

Esta foi a primeira internação de B.S.P., acometido por um acidente vascular cerebral (AVC). Concomitantemente, o idoso apresenta, há cinco anos, hipertensão arterial e há 10 anos, diabetes mellitus. Em razão do AVC, apresentava leve paresia em membro superior e membro inferior direito. Durante sua internação, os valores da pressão arterial e diabetes permaneceram controlados, em virtude das medicações administradas. Sempre que verifiquei seus sinais vitais se apresentavam dentro da normalidade.

Ao falar sobre hábitos alimentares, mostrou certo arrependimento por consumir alimentos ricos em gordura:

“Eu não bebo, não fumo, só que como comida gordurosa, viu no que deu. Não adianta cuidar só de uma coisa, tem que cuidar de tudo!” (B.S.P., 69 anos).

Os encontros com o idoso B.S.P. sempre transcorreram de modo agradável e descontraído, simultâneo às ações de cuidados.

6.2.4 G.R.S, 64 anos

Conforme dados coletados, o idoso G.R.S. é de origem africana, tem 64 anos de idade e é casado. Mora com sua esposa e um neto. Pertence à religião católica, estudou até a 1ª série do primeiro grau e, por 40 anos, exerceu a profissão de

caminhoneiro. Atualmente encontra-se aposentado, devido às condições de saúde. Sua renda mensal gira em torno de cinco salários mínimos.

O senhor G.R.S irradia simpatia, sempre muito alegre, mesmo internado num leito hospitalar. Num certo dia, apresentou o seguinte discurso:

“Eu até os 50 anos era melhor. Com 64 anos, diminuiu 70% da potência. Só tive esse problema de coração. Nunca tive problema de saúde, só agora (...) o trabalho de caminhoneiro que me prejudicou, passava o horário de sono, de comida. Sempre me atrapalhou isso aí. Mas eu tenho saúde. Eu para mim a pior coisa que aconteceu foi parar de trabalhar. Foi maravilhoso, conheci Estados, América do Sul, conheço o Brasil todinho. Foi bom até trabalhar. Espero poder sair daqui e poder dirigir mais dois ou três meses só para matar a saudade” (G.R.S, 64 anos).

Apesar da tranquilidade e felicidade estampados em seu rosto, sentia tristeza em razão da fase da vida em que se encontra, dos impedimentos para o trabalho, considerado uma das coisas mais importantes para ele. Mesmo afirmando que o trabalho era o grande responsável pelo seu atual estado de saúde, termina a frase dizendo que quer retornar para matar a saudade da profissão.

Portador de insuficiência cardíaca, estava internado há quatro dias, aguardando a realização de um cateterismo cardíaco e uma possível cirurgia cardíaca. O idoso G.R.S. mostrava-se ansioso no sentido de querer saber logo o que o futuro lhe aguardava.

Demonstrava arrependimento no que diz respeito aos cuidados com sua saúde que deixou de realizar:

“O que eu aprendi eu não fiz. Sabia que tinha que se alimentar bem, dormir na hora certa (...) só que o que eu fiz foi fumar, beber uma cervejinha (...). Só vim conseguir parar de fumar porque vim parar aqui no hospital” (G.R.S, 64 anos).

As ações de cuidado aconteceram durante as entrevistas e diálogos informais.

6.2.5 L.C.A.C, 62 anos

Para a idosa L.C.A.C, esta já era a sua oitava internação, tem 62 anos de idade, é católica, de origem portuguesa, casada e mora com o marido e uma filha. Estudou até a 8ª série do primeiro grau, exerceu a profissão de zeladora de prédio por 30 anos, atualmente está aposentada. Sua renda mensal é de um salário mínimo e meio. Internada por motivo de insuficiência renal crônica, relatou, parte da sua história da doença:

“Em 97 eu tive câncer de mama, daí, as coisas começaram a se complicar (...). É que eu tô numa fase, eu fiz mastectomia há três anos. A quimioterapia (QT) me derrubou, fiz 14 aplicações de QT, daí eu não recuperei minhas forças. Fiz radioterapia, essa fase mudou completamente minha vida. Antes eu saía, andava a pé, agora veio a Insuficiência renal e eu fui ficando cada vez mais debilitada, por isso que mudou. Quando a gente vai envelhecendo, a saúde da gente que muda, não tem muita (...) no meu caso, só a doença me fez sentir que tava mais velha (...) não sei se foi pela idade que mudou, ou se foi pela saúde” (L.C.A.C., 62 anos).

Associado ao câncer, L.C.A.C afirmou também ser diabética e hipertensa. Mesmo tendo passado pela situação que envolve a doença oncológica, retirado uma das mamas e convivendo com insuficiência renal, diabetes e hipertensão, disse o seguinte:

“Apesar de tudo, eu tenho uma vida graças a Deus, bem saudável. Gosto da minha vida, da minha família, minha netinha. Tem que viver né!” (L.C.A.C., 62 anos).

Durante nossas conversas, mostrou ser muito grata a família que possui, fazendo o seguinte comentário:

“Eu e minha família temos um relacionamento muito bom. A gente vive para eles e eles para a gente. Eu tô doente, tá todos eles em volta. Graças a Deus eu posso dizer, nesses anos, a única que ficou doente sou eu. Então eu sou o centro das atenções deles” (L.C.A.C., 62 anos).

Ao mesmo tempo em que mantinha diálogos com o intuito de alcançar os objetivos do estudo, prestava cuidados. Verifiquei a pressão arterial da idosa que se apresentava 170/90 mmHg. Posteriormente, administrei medicamento anti-hipertensivo conforme constava em prescrição médica. As ações de cuidado ocorreram diariamente e dois dias após os cuidados e entrevistas, a paciente obteve alta hospitalar. Em duas semanas, retornou para mais uma internação e, ao me ver, dirigiu-se a mim, para me cumprimentar e conversar. Estas demonstrações por parte dos pacientes deixam perceber que este tipo de estudo possibilita melhor aproximação com os idosos hospitalizados e, conseqüentemente, mais profícuo relacionamento entre enfermeira e paciente.

6.2.6 N.F., 68 anos

O senhor N.F. é católico, de origem alemã, casado e mora com sua esposa. Terminou a 1ª série do primeiro grau, exerceu por 40 anos a profissão de comerciante. Atualmente encontra-se aposentado, com uma renda mensal de três salários mínimos. Este foi o primeiro internamento dele, por doença pulmonar obstrutiva crônica. Comentou sua estada no hospital:

“Quando tô doente levo bronca da muié até eu ir no médico, eu detesto vir em médico. Só tô aqui agora porque não teve outro jeito” (N.F., 68 anos).

O idoso N.F. tem 68 anos e apresentou-se sempre muito reservado. Respondia às questões da entrevista de maneira bem objetiva. Afirmava ser “prático”, indo sempre direto ao assunto.

Percebi que o senhor N.F. era uma pessoa de poucas palavras. Era um misto de seriedade associado à timidez. Em todos os momentos de nossa conversa, relatava apenas o que achava necessário, indo “direto ao ponto”. Aparentava visível indignação por sua situação de internação hospitalar.

Verifiquei a pressão arterial (140/90 mmHg), a frequência cardíaca (83 bpm), a frequência respiratória (23 rpm) e sua temperatura (36,8º C). Às vezes referia leve dispnéia, então administrava oxigênio em cateter nasal. As ações de cuidado permearam a entrevista e conversas informais.

6.2.7 N.J.O., 66 anos

O idoso N.J.O. está em seu segundo internamento em menos de trinta dias. É católico, de origem portuguesa, casado e mora com sua esposa. Estudou até a 4ª série do primeiro grau, exerceu por 34 anos a profissão de marceneiro. Atualmente está aposentado, com renda mensal de um salário mínimo.

No primeiro internamento, apresentava-se com doença pulmonar obstrutiva crônica, e neste, o segundo internamento, devido à pneumonia. É também diabético, usuário de insulina há três anos. Fala de sua doença:

“Agora com essa doença que tenho, pode ser que eu envelheça mais, tenho medo de não me recuperar, mas eu acho que vou me recuperar, porque recuperei de uma fase pior e agora já tô quase sarando da minha doença” (N.J.O., 66 anos).

N.J.O. é um senhor quieto, aparentemente sereno, de fala tranqüila. Por vários momentos nas conversas, referiu-se a sua família:

“Tenho uma netinha. Ela tem três aninhos e fala tudo (...) pergunta do vovô todo dia. Ela mora com nós, até ficar pronto o apartamento deles (filho e nora). Eu já to pensando como vou ficar sem ela. Todos os meus netos são queridos. Minha mulher é muito caprichosa, a gente se acerta bem. Minha filha é muito querida (...) ela veio aí hoje” (N.J.O., 66 anos).

O senhor N.J.O. mostrava-se preocupado em recuperar-se logo de sua doença. Sentia muita saudade de sua família. Por mais que esta sempre estivesse por perto, seu desejo era retornar logo à vida familiar. Ele queria retomar sua vida habitual. A

doença e a estada no hospital o privavam de certos hábitos que considera saudável para sua vida:

“Eu admiro muito uma tia minha (...) ela tem uma área na casa dela cheia daquelas flor, eu acho muito saudável aquelas flores, abelhas... eu sinto muita saudade dela. A gente vai lá a cada 15 dias. Agora não dá para ir enquanto não tô bem” (N.J.O., 66 anos).

O senhor N.J.O. mostrava-se sempre muito preocupado com sua saúde. Sempre que podia, ficava a “passear” pelos corredores. Sabia da importância das caminhadas para melhorar sua condição de saúde. Nesses momentos também, conversava com o idoso. Busquei incentivá-lo demonstrando alegria e retribuía com um sorriso. Era visível que se sentia bem na minha presença. Mais uma vez, pude perceber a importância da atenção com afinho ao idoso internado. Constatei que os idosos valorizam os laços de afeto e proximidade.

Verifiquei os sinais vitais do idoso, que foram considerados normais para a sua idade. Desenvolvi ações de cuidado durante sua internação e dei foco às patologias apresentadas.

6.2.8 N.S.S., 61 anos

N.S.S. é católica, de origem italiana, casada e mora com o marido. Estudou até a 5ª série do primeiro grau e exerceu por 30 anos a profissão de auxiliar de serviços gerais. Atualmente está aposentada e tem uma barraquinha próxima a sua casa, na qual vende artesanato. Sua renda mensal é de aproximadamente um salário mínimo.

A idosa N.S.S. tem câncer de pulmão há um ano. Afirmou ter fumado bastante por muitos anos. Já ficou internada várias vezes, todavia, não sabia dizer ao certo o número de internações. Fisicamente muito emagrecida, totalmente sem cabelos, devido às várias sessões de quimioterapia, aparentando 10 anos acima de sua idade. Apesar de apresentar dispnéia, freqüentemente, sempre que podia, estava caminhando pelo

corredor. Em todos os momentos que a encontrava, apresentava-se com o semblante sereno e sempre com um sorriso nos lábios. Notei que é otimista e demonstrava valorizar o que de bom a vida lhe proporciona. Como ela mesma dizia:

“As barreiras vem, mas a gente vence. Eu acho que as pessoas tem que reagir, ser experto. Não pode viver chorando pelos cantos. Tem gente que tem saúde e não sabe aproveitar. Tem uma saúde bonita, não aproveita, não se dedica. Acho que a pessoa levanta de manhã com alegria, disposição, com pensamento positivo. Tem gente que se levanta e tem preguiça de dar bom dia. Eu, se chega alguém e eu tô com problema, chamo as pessoas, converso com elas. Sempre pensamento positivo, tratando bem das pessoas” (N.S.S., 61 anos).

Em todos os momentos das nossas conversas se referiu a família como maior tesouro da sua vida. Os netos são por ela muito amados. Relatou ser muito orgulhosa da família que possui:

“Quando meus filhos chegam do trabalho, já ficam lá em casa conversando, vão os netos, as noras. Eu não posso reclamar da minha família. Tenho muito orgulho dela. É um tesouro para gente. Porque a gente sabendo viver com as pessoas, colocando os filhos num caminho bom. Quem planta sementinha (...) eles ficam preparados para enfrentar a vida lá fora” (N.S.S., 61 anos).

N.S.S demonstrou atribuir grande valor a amizade das pessoas. Em seus discursos, isso fica bem perceptível:

“Tem que valorizar o amor das pessoas pela gente. Eu faço muita amizade. Na banquinha trato bem todo mundo. Que nem eu falo pros meus filhos, porque daí, não existe tanta violência. Eu tenho amizade. Perguntou por mim, não tem quem não me conheça. Aonde eu chegar (...) qualquer coisa que eu precise (...) a gente e minha família tem uma amizade muito boa” (N.S.S., 61 anos).

Ao término de um dos encontros, pediu para que eu desligasse o oxigênio para ela dormir. Afirmava estar se sentindo melhor. As ações de cuidados aconteceram no decorrer das entrevistas e vice-versa.

6.2.9 P.C.N, 74 anos

O P.C.N. contou-me que é católico, viúvo, de origem espanhola e mora sozinho. Estudou até a 4ª série do primeiro grau, exerceu a função de funcionário público durante 25 anos de sua vida. Atualmente encontra-se aposentado, com uma renda mensal de três salários mínimos.

Pela primeira vez estava internado, devido à queimadura em face e membros superiores. A queimadura ocorreu em virtude de um descuido de P.C.N. Ao perceber que o motor de seu carro estava esquentando muito, abriu o capô e abriu o reservatório de água do radiador. Foi então, que toda a água “explodiu” e atingiu o seu rosto e algumas partes do seu corpo.

P.C.N. é bastante atencioso e contou-me como procura viver a vida:

“Procuro não ser ambicioso por dinheiro, eu nunca fui ambicioso. Sempre vivi a vida da maneira que pude, sem ambição. Sempre gostei da arte, apesar da minha ignorância, gostei da poesia (...) é, um detalhe importante” (P.C.N., 74 anos).

Afirma que procura passar parte de sua vida em companhia de amigos. A amizade fez parte de vários trechos em suas falas:

“Eu tenho muita amizade. Gosto de passar o tempo com os amigos, conversando, fazendo festa, enfim, tudo isso aí. Às vezes a gente faz um churrasquinho fim de semana. Sou meio boêmio, toco violão. Ganhei concursos amadores através da música, fiz amigos através disso aí. É uma coisa que ajuda ser feliz e viver bem” (P.C.N., 74 anos).

Declarou ter perdido sua esposa há dois anos, com quem foi casado por 55 anos. Na condição de viúvo, relatou sentir falta de uma companheira:

“Por mais que já cai da idade, eu gosto de pessoa bonita, me faz bem, faz parte da vida. Todo mundo tem que gostar. Sô viúvo mais sou respeitador, de família. Gostar de mulher é uma coisa natural. Ajuda o corpo e o espiritual” (P.C.N., 74 anos).

As entrevistas e diálogos informais ocorreram concomitantemente às ações de cuidados.

6.2.10 T.S.M., 68 anos

As informações pessoais coletadas demonstram que T.S.M. tem 68 anos, é católica, de origem italiana, viúva e mora sozinha. Possui o segundo grau completo e exerceu a profissão de professora primária por 30 anos. Atualmente, está aposentada e ocupa-se de atividades do lar, bem como realiza trabalhos de crochê e bordado para complementar o salário. Sua renda é de aproximadamente um salário mínimo e meio.

T.S.M. é senhora muito educada e atenciosa. Esse era o seu segundo internamento, devido a uma doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Desde os primeiros encontros, percebi que pensava bastante antes de falar; no meu entender o intuito era demonstrar os conhecimentos relativos à língua portuguesa. Ficava muito envergonhada quando acreditava que sua fala continha frases sem concordância verbal.

Outra situação que a incomodava era quando sentia dificuldade de memorização de situações e/ou palavras. Dizia que ficava constrangida por apresentar déficit de memória. Em um dos seus discursos afirmou:

“O que me entristece é a perda da memória que vai esquecendo o que passou. A memória tá ruim. Quando tento conversar com outras pessoas sinto-me constrangida, pois minha memória esquece as palavras por mais fáceis que elas sejam. Tem horas que falha minha memória de tudo. A cabeça véia tá pifando” (T.S.M., 68 anos).

Durante os encontros, demonstrou preocupação com seus filhos e família, afirmando ter se esforçado muito para passar alguns ensinamentos como honestidade, responsabilidade e crença em Deus para uma vida mais digna:

“As pessoas tem que ter responsabilidade, honestidade e ser crente em Deus. Uma pessoa que acredita na sua família, tem bons resultados. Filhos que estudem, se tornem bons cidadãos, de bem, que não vão pro lado do crime, como tanta gente hoje em dia que vão pro mundo do crime. A molecada hoje em dia é fogo. Tem que pedir pra Deus pra que não aconteça isso” (T.S.M., 68 anos).

Ficava extremamente emocionada quando falava em sua bisnetinha. Seus olhos brilhavam e a felicidade aparecia estampada em seu rosto. Disse ser ela, uma das maiores alegrias da sua vida, que a faz ter muito mais motivação para viver. Segue-se uma de suas falas:

“O dia que minha bisnetinha vem em casa, eu esqueço de tudo, não posso esquecer de minha bisnetinha, faz a gente esquecer de tudo. Ela é a menorzinha agora, ela fez 2 anos. Não tem um que não fique encantado com ela. Onde ela vai, ela chama atenção. É daquelas que dança. É danada essa menina, 1 ano e pouquinho, ela já falava. Ela fala tudo, sabe o nome de todo mundo, sabe apelido (...) não tem o que ela não saiba. Eu vou pegar a fotinha dela para você ver. Nossa, a foto tá lá em casa. Tô pensando que tô em casa!(risos)” (T.S.M, 68 anos).

Em uma outra oportunidade, quando adentrei em seu quarto, ela mostrou-me a foto de sua bisnetinha. Disse que havia pedido para um de seus familiares trazerem. Mais uma vez se mostrou bem emocionada ao falar da “menininha”.

As ações de cuidado foram discutidas simultaneamente a coleta de informações.

Em todas as ocasiões aproveitava para coletar informações relativas aos idosos participantes da pesquisa; durante as entrevistas, nos momentos de conversas informais, quando cuidava, quando os entrevistava. Isto possibilitou maior riqueza dos dados, como também, maior interação com o idoso participante do estudo.

6.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Nesta etapa, são analisados os discursos coletados durante as entrevistas individuais realizadas com os idosos internados na unidade hospitalar, de modo a formar o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003). Por motivos didáticos, as ações de cuidado propostas por Leininger (1991), foram colocadas abaixo dos DSC, visto que as decisões e ações de enfermagem ocorreram concomitantemente ao desenvolvimento da Pesquisa Convergente Assistencial. As ações foram baseadas no nível 4 do Modelo Sunrise, que compreende as decisões e ações de enfermagem subdivididas em: preservação e/ou manutenção, acomodação e/ou negociação e repadronização/ou reestruturação do cuidado cultural.

6.3.1 O SIGNIFICADO DO ENVELHECIMENTO PARA O IDOSO

A questão relativa ao significado do envelhecimento para o idoso hospitalizado, gerou duas idéias centrais, cujas expressões chaves foram agrupadas segundo suas semelhanças e complementaridades em **A** e **B**. No grupamento **A**, apareceu a idéia central de envelhecimento como ciclo natural da vida e, no grupamento **B**, a idéia de “tristeza” relativa ao envelhecimento, por ocorrer a perda de “pique” e saúde nesta fase.

Idéia Central **A**: O envelhecimento é um ciclo natural da vida.

Expressões-chave:

A.L.C., 65 anos: *“O tempo vai passando, a pessoa vai envelhecendo, os filhos vai crescendo, vai vindo os netos e os bisneto, daí eu me sinto mais velho. É experiência de vida”.*

A.V.L., 78 anos: *“A pessoa tem que saber, compreender, enfrentar o envelhecimento, porque é uma coisa normal da velhice, é um ciclo da vida”.*

B.S.P. 69 anos: *“Eu tô com essa idade e me sinto uma pessoa jovem, não me sinto velho. As vezes eu me assusto, penso que tô com 30 anos e tô com 70. Não muda muita coisa. Eu me sinto jovem, mas na idade eu tô velho”.*

N.F., 68 anos: *“O significado do envelhecimento é que eu consegui vencer essa etapa da juventude e chegar a velhice. O significado melhor é , foi um significado grande, que foi dar a cada filho o estudo que eu não pude ter”.*

N.S.S., 61 anos: *“Tem que aceitar, os 20 anos não voltam mais, as barreiras vêm, mas a gente vence, isso não me deixa pensativo. Tudo nós temos momentos difíceis, com família, com a gente, com os filhos, a gente tem que enfrentar, não pode viver brigando, maltratando, tem que tentar dialogar, levar tudo na santa paz. Encaro o envelhecimento como encarava antes, o pensamento dos 20 anos mudou, mas a gente encara de cabeça erguida. Os filhos crescendo, são bons e educados, dá prazer pra gente. Gosto de envelhecer, é um prazer”.*

T.S.M., 68 anos: *“Sentir prazer em viver”.*

DSC:

O significado do envelhecimento é que eu consegui vencer essa etapa da juventude e chegar à velhice. A pessoa tem que saber, compreender, enfrentar o envelhecimento, porque é uma coisa normal da velhice, é um ciclo da vida. O tempo vai passando, a pessoa vai envelhecendo, os filhos vai crescendo, vai vindo os netos e os bisneto, daí eu me sinto mais velho. Eu tô com essa idade e me sinto uma pessoa jovem, não me sinto velho. Às vezes eu me assusto, penso que tô com 30 anos e tô com 70. Não muda muita coisa. Eu me sinto jovem, mas na idade eu tô velho. Tem que aceitar, os 20 anos não voltam mais, as barreiras vêm, mas a gente vence. Isso não me deixa pensativo. Tudo nós temos momentos difíceis, com família, com a gente, com os filhos, a gente tem que enfrentar, não pode viver brigando, maltratando, tem que tentar dialogar, levar tudo na santa paz. Encaro o envelhecimento como encarava antes, o pensamento dos 20 anos mudou, mas a gente encara de cabeça erguida. Os filhos crescendo, são bons e educados, dá prazer pra gente. O significado melhor, foi um significado grande, que foi dar a cada filho o estudo que eu não pude ter. Gosto de envelhecer. É um prazer; é sentir prazer em viver; é experiência de vida.

O discurso professado pelos idosos denota o envelhecimento como experiência. É preciso saber envelhecer, compreender e enfrentar o envelhecimento, pois este faz parte do ciclo normal da vida humana.

A idade cronológica avança, todavia, a percepção relativa a si próprios, às vezes os confundem. Sentem-se jovens e, ao mesmo tempo, estão com 70 anos de idade. O que modifica de maneira perceptível é a idade cronológica.

Para Ferrari (1999, p.198):

a velhice não pode ser definida pela simples cronologia e sim pelas condições físicas, funcionais, psicológicas e sociais das pessoas idosas. Há diferentes idades biológicas, subjetivas, em indivíduos com a mesma idade cronológica. O que acontece, é que o envelhecimento é muito pessoal; ele constitui uma etapa da vida com realidade própria e diferenciada, limitada unicamente por condições objetivas externas e subjetivas.

O envelhecimento caracteriza também, superação de momentos difíceis e obstáculos. Afirmam que as barreiras não os fazem desistir, visto que as circunstâncias complexas aparecem na vida de todo ser humano e necessitam ser enfrentadas.

A realização dos idosos se concretiza, quando percebem que seus entes queridos alcançam aquilo que gostariam ou que eles próprios não puderam alcançar. Possibilitar a instrução que não tiveram oportunidade de ter, os tornam mais felizes e orgulhosos. Sentem prazer em envelhecer.

Idéia Central **B**: É triste, porque se perde o “pique” e a saúde.

Expressões-chaves:

B.S.P. 69 anos: (...) *“a memória enfraquece um pouco a mente fica mais fraca, a gente esquece as coisas”.*

G.R.S, 64 anos: *“Dos 60 anos pra cá, a gente perde o “pique”, perde as coisas. Eu até os 50 anos era melhor. Com 64 anos, diminuiu 70% da potência. Eu para mim a pior coisa que aconteceu foi parar de trabalhar”.*

L.C.A.C, 62 anos: *“Ah, eu acho que estar envelhecendo, a gente vai perdendo um pouco do “pique” da gente, né!, quando eu comecei a ficar doente eu me senti mais velha, porque até então, eu não tinha me sentido velha nunca. Então o envelhecimento é isso porque as coisas que vão acontecendo, a saúde da gente que muda, não tem muita (...). Quando você já se sente cansado (...) no*

meu caso, só a doença me fez eu sentir que tava mais velha. Cabelo branco pra mim, não influi em nada, porque há muito tempo começou a aparecer cabelo branco (risos)”.

N.F., 68 anos: *“O significado de você querer trabalhar e não poder”.*

N.J.O., 66 anos: *“Por causa do envelhecimento, fica difícil a gente pagar as dívidas, a gente não consegue pagar as prestações, por às vezes ficar doente e também porque ganha pouco. A doença influencia muito”.*

T.S.M., 68 anos: *“Caracteriza perda das atividades. A pessoa vai se tornando menos ativa. Perdendo a flexibilidade e os movimentos. Também o que me entristece é a perda da memória, a gente vai esquecendo o que passou e quando tenta conversar com outras pessoas sente-se constrangido, pois a memória esquece as palavras por mais fáceis que elas sejam”.*

DSC:

Ah, eu acho que estar envelhecendo, a gente vai perdendo um pouco do “pique” da gente, né! Dos 60 anos pra cá, a gente perde o pique, perde as coisas. Eu até os 50 anos era melhor. Com 64 anos, diminui 70% da potência. Quando eu comecei a ficar doente eu me senti mais velho, porque até então, eu não tinha me sentido velho nunca. O envelhecimento caracteriza perda das atividades. A pessoa vai se tornando menos ativa, perdendo a flexibilidade e os movimentos. Também o que me entristece é a perda da memória, a gente vai esquecendo o que passou e quando tenta conversar com outras pessoas sente-se constrangido, pois a memória esquece as palavras por mais fáceis que elas sejam, enfraquece um pouco. A mente fica mais fraca, a gente esquece as coisas. Por causa do envelhecimento, fica difícil a gente pagar as dívidas, a gente não consegue pagar as prestações, por às vezes ficar doente e também porque ganha pouco. A doença influencia muito. Para mim, a pior coisa que aconteceu foi parar de trabalhar, você querer trabalhar e não poder. Então, o envelhecimento é isso porque as coisas que vão acontecendo, a saúde da gente que muda, não tem muita (...) Quando você já se sente cansado (...) no meu caso, só a doença me fez eu sentir que tava mais velho. Cabelo branco pra mim, não influi em nada, porque há muito tempo começou a aparecer cabelo branco (risos).

De acordo com os discursos, os idosos relacionam o envelhecimento a situações depreciativas em sua vida. Afirmam perder o “pique”, percebendo a diminuição da capacidade física e mental do seu corpo. O aparecimento das doenças os fez sentir a velhice. Enquanto livres de patologias, não se percebiam “velhos”. Coligado a isso, a diminuição das atividades, perda de flexibilidade, movimentos e memória apareceu em suas falas ao enfatizarem os aspectos negativos do processo de envelhecimento. O enfraquecimento da memória os constrange, os entristece.

Para Chaves & Souza (2005, p.14) “considerável parte da população idosa queixa-se da dificuldade de armazenar informações e de resgatá-las. Além de referirem seu prejuízo ocupacional e social diante dessas alterações decorrentes da velhice, levando muitos ao auto-abandono, perda da auto-estima e seu isolamento da sociedade e até mesmo do ambiente familiar”.

Dentre uma das ocasiões de maior impacto no processo de envelhecimento, está o afastamento do mundo do trabalho. A diminuição da condição física e de saúde obriga, muitas vezes, os idosos a deixar de realizar suas atividades de labor.

O ambiente de trabalho foi, por muito tempo para o idoso, um referencial de vida, no qual relações pessoais foram estabelecidas, conhecimentos foram adquiridos. Conforme Petroianu & Pimenta (1998), o idoso passou grande parte de sua vida em constante relação com o meio social do trabalho e, assim, construiu a sua identidade de sujeito associada à criatividade e à produtividade.

A situação de distanciamento do mundo do trabalho se configura também como período de inatividade. A ocasião da aposentadoria, que como se sabe, grande parte das vezes propicia um salário irrisório para prover a sobrevivência do idoso, pode constituir-se momento de ociosidade. O discurso demonstra a dificuldade que sentem em pagar contas, por ganharem pouco dinheiro. Para nós brasileiros é lastimável constatar que nesta fase da vida nossos idosos precisam se preocupar com a questão financeira.

Os idosos querem ser ativos. Não gostam de ficar na dependência de outrem. Porém, mediante sua condição atual de vida, mostram-se relativamente decepcionados ao expor o que pensam a respeito do envelhecer.

DECISÕES E AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Preservação do Cuidado Cultural

- Estimular a valorização do processo de envelhecimento como processo natural da vida.
- Estimar a experiência e percepção positiva por parte do idoso acerca de seu processo de envelhecimento.
- Valorizar os aspectos positivos do envelhecimento, tentando reconhecer estes aspectos na vida de cada idoso.

Negociação do Cuidado Cultural

- Estimular leitura e preenchimento de livros de palavras cruzadas com o intuito de melhorar a capacidade de memória.

Repadronização do Cuidado Cultural

- Apontar para o idoso as situações positivas de sua vida percebidas durante a entrevista, como o apoio que ele recebe da família, de amigos.
- Incitar o idoso a conversar sobre as realizações ou fatos significativos da sua vida, para ajudar a reforçar sua auto-confiança, estimulando-o a fazer um álbum de recortes ilustrando fatos significativos, acontecimentos, atividades de lazer, família, amigos ou animais de estimação. Incluir nesse álbum uma lista de potencialidades e realizações, para proporcionar um projeto que promova sentimentos de valor próprio.
- Ajudar o idoso a reconhecer suas potencialidades pessoais, para ajudar a aumentar sua auto-estima e promover uma auto-percepção realista.
- Ensinar ao idoso formas de lidar com a perda da memória - por exemplo, usar um despertador para lembrá-lo da hora de comer ou tomar os remédios, utilizar um caderno de anotações ou pedir para familiares ou amigos para lembrá-lo de tarefas importantes.
- Oferecer ao idoso e seus familiares informações sobre algumas características associadas ao envelhecimento, como as alterações da capacidade física e mental, ajudando os mesmos a entenderem que algumas características são normais desta fase.

6.3.2 O SIGNIFICADO DE CUIDADO PARA O IDOSO

As idéias centrais de mesmo sentido foram agrupadas em idéias centrais **A** e **B**. No primeiro grupamento, se cuidar, significa cuidar bem da saúde e ter paz. O segundo grupamento demonstra que, para se cuidar bem, há necessidade de cuidar da alimentação, do sono e fazer visitas ao médico.

Idéia central **A**: Significa cuidar bem da saúde e ter paz.

Expressões-chave:

A.L.C., 65 anos: *“Cuidar bem da saúde que a velhice vem saudável”.*

B.S.P. 69 anos: *“Ter paz com a família e com a vida própria. O que manda é o espírito da pessoa, não o corpo, o luxo”.*

G.R.S, 64 anos: *“(...) amizade com as pessoas, se dar bem com elas, meus filhos, meus netos”.*

N.J.O., 66 anos: *“Se dar bem com a família (...)”.*

N.S.S., 61 anos: *“Se cuidar é muito bom. A gente tem que ser honesto, cuidadoso, tem que ter responsabilidade para as pessoas confiarem na gente”.*

P.C.N, 74 anos: *“Significa um capricho sobre o comportamento, sobre a sua saúde”.*

T.S.M., 68 anos: *“Devemos sempre pedir a Deus que nos conserve sadios e perfeitos”.*

DSC:

Para mim significa cuidar bem da saúde que a velhice vem saudável. Se cuidar é muito bom. A gente tem que ser honesto, cuidadoso, tem que ter responsabilidade para as pessoas confiarem na gente e sempre pedir a Deus que nos conserve sadios e perfeitos. Se cuidar significa um capricho sobre o comportamento, sobre a sua saúde e ainda ter paz com a família se dar bem com filhos, com netos. Ter amizade com as pessoas, se dar bem com elas, e

com a vida própria. Porque o que manda é o espírito da pessoa, não o corpo, o luxo.

O discurso proferido pelos idosos denota a sabedoria que foi adquirida no decorrer da vida. Bem diferente do que acreditam ainda, muitos profissionais da saúde, que relacionam a questão do cuidado, àquela que aprecia apenas elementos referentes ao corpo físico. Para os idosos, a questão espiritual é muito forte. Não a que diz respeito à religiosidade e sim, a natureza espiritual do ser, o transcendente, que reconhece o real sentido da vida.

O sentido da vida é uma questão caracteristicamente humana, uma vez que se origina na dimensão espiritual, expressa o que de mais humano há no homem - o querer saber e sentir “para quê” viver, “para quê” fazer algo. O sentido da vida é buscado/encontrado pelo próprio homem, não sendo possível ser prescrito/dado por outrem (HUF, 2002).

Conforme Dalai Lama apud Pessini (2004) a espiritualidade está relacionada com as qualidades do espírito humano, como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia, que proporcionam felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros.

Cuidar-se para o idoso significa a busca de assimilação criativa de tudo o que nos possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento.

O entendimento dos idosos a despeito do que é realmente importante para sua vida é a expressão do vivido, do aprendizado adquirido no transcorrer da sua existência até então. A experiência de vida os coloca em posição privilegiada para compreender o real significado e o que é realmente digno de valor na vida humana.

Na prática do cuidado de si os idosos destacam comportamentos como a honestidade, a responsabilidade, as amizades e os vínculos familiares como receitas para se cuidar bem. Demonstram valores necessários para uma convivência mais harmoniosa com o mundo que os cerca.

Para Deecken (1998, p.58) “a pessoa idosa possui sensibilidade delicada e aprecia mais a bondade que lhe é demonstrada; deve, pois, ser capaz de maior compreensão das necessidades dos outros e encontrar nela prazer em lhes demonstrar atenções pessoais e amor”. A força de ser pessoa idosa significa a capacidade de acolher a vida assim como ela é, em suas virtualidades e em seu entusiasmo intrínseco.

O relacionamento humano é valorizado pelos idosos. Conforme Schotsmans (1999, p.250) “a partir da evidência fundamental da existência humana, a saber, que o homem é, por definição, um ser social, ele está determinado a conviver”.

Corroborando com a citação Boff (2000, p.36) ao afirmar que o ser humano “é um ser de abertura, um ser concreto situado, mas aberto. É um nó de relações, voltado em todas as direções. É só se comunicando, realizando essa transcendência concreta da comunicação, que o ser humano constrói a si mesmo”.

Idéia central **B**: Cuidar da alimentação, do sono.

Expressões-chave:

A.V.L., 78 anos: *“Ter boa aparência, tomar banho, estar sempre disposto, penteadinho, não como eu to aqui no hospital (risos)”.*

L.C.A.C., 62 anos: *“Se alimentando direito, dormindo bem, fazendo exercícios”.*

N.F., 68 anos: *“Se cuidar bem, estar bem vestido, banho sempre bem tomado”.*

N.J.O., 66 anos: *“Se cuidar significa se alimentar bem (...)”.*

T.S.M., 68 anos: *“Se cuidar bem significa cuidar da nossa alimentação, tendo uma alimentação sadia e propícia para a nossa idade, devendo comermos em horas certas, a noite devemos nos alimentar cedo, não na hora de deitar, devendo sempre ter em nossa alimentação verduras e frutas, devemos também levantar cedo e dormir cedo”.*

DSC:

Se cuidar significa cuidar da nossa alimentação, ter uma alimentação sadia e propícia para a nossa idade, comer nas horas certas, e a noite devemos nos alimentar cedo, não na hora de deitar, devendo sempre ter em nossa

alimentação verduras e frutas. Devemos também, dormir bem, levantar e dormir cedo. Ainda é importante se cuidar bem, estar bem vestido, banho sempre bem tomado, ter boa aparência, e estar sempre disposto, penteadinho, não como eu to aqui no hospital (risos). E não se esquecer de fazer exercícios.

O cuidado com o corpo físico, também é muito importante na concepção dos idosos. Demonstram certa regularidade em seus hábitos, quando asseguram que tudo tem que ocorrer “na hora certa”.

Os idosos percebem o quão importante é o respeito aos hábitos cotidianos como alimentação e sono, que devem ocorrer de preferência, em horários programados. Sabem que noites de sono bem dormidas, em horários regulares, proporcionam maior rendimento e bem-estar diário.

O sono é considerado uma necessidade humana básica. De fato, entre os fatores que influenciam a qualidade de vida do ser humano, um importante papel, pode ser atribuído à qualidade do sono. Um sono insatisfatório ou insuficiente é bastante desagradável e tem reflexos no desempenho, no comportamento e no bem-estar durante as atividades da vida diária (CEOLIM, 2000).

Os discursos dos idosos nem sempre são expressões de seus hábitos. Quando questionados sobre o que significa se cuidar, citam a importância da prática de exercícios físicos. Todavia, grande parte deles é sedentária. O discurso, muitas vezes, não condiz com o que os idosos realmente praticam. O fato deles carregarem uma sombra de descuido, não invalida a permanente busca do cuidado. O descuido é inerente à nossa condição humana.

DECISÕES E AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
<p style="text-align: center;"><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorizar o hábito de dormir em horários regulares. ▪ Estimular a prática regular de hábitos de higiene pessoal. ▪ Estimar o cuidado com a aparência pessoal.
<p style="text-align: center;"><i>Negociação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular o idoso a fazer novas amizades, estar em ambientes agradáveis. ▪ Incentivar o idoso a realizar visitas freqüentes à amigos e/ou conhecidos. ▪ Orientar o idoso a realizar conversas via telefone, quando da impossibilidade de sair de casa.
<p style="text-align: center;"><i>Repadronização do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a prática de exercícios físicos. ▪ Estabelecer metas realistas para aumentar o nível de atividade do idoso, levando em consideração suas limitações físicas. ▪ Ajudar o idoso a reconhecer as atividades que lhe são importantes e a desenvolver um plano no sentido de incorporá-las à rotina diária. ▪ Trabalhar com o idoso e a família no sentido de descobrir formas de realizar as atividades desejadas, respeitando os limites do paciente. ▪ Orientar o idoso a parar de fazer exercícios físicos caso sinta sensação de desmaio ou da ocorrência de dor ou dificuldades para respirar, entrando em contato com o médico antes de voltar a fazer os exercícios.

6.3.3 QUEM CUIDA DO IDOSO

As idéias centrais foram semelhantes e complementares, possibilitando um único Discurso do Sujeito Coletivo.

Idéia Central: Minha família e Deus.

Expressões-chave

A.L.C., 65 anos: *“Meus filhos”.*

A.V.L., 78 anos: *“Eu e meu marido”.*

B.S.P. 69 anos: *“Primeiramente Deus e depois meus filhos, minha esposa”.*

G.R.S, 64 anos: *“Na parte espiritual, primeiramente Deus. Segundo minha esposa, que é tudo pra mim. E meus filhos, três, que cuidam muito de mim”.*

L.C.A.C, 62 anos: *“Meu marido e meus filhos, um casal de netos”.*

N.F., 68 anos: *“Eu mesmo e minha mulher e minhas filhas”.*

N.J.O., 66 anos: *“Minha mulher, meus filhos agora na doença foram uns gigantes. Me deram carinho; bastante moral”.*

N.S.S., 61 anos: *“Minha filha. Eu não posso reclamar da minha família. É um tesouro para gente”.*

P.C.N, 74 anos: *“Os filhos e netos”.*

T.S.M., 68 anos: *“Eu mesma me cuido”.*

DSC:

Na parte espiritual, primeiramente Deus e depois meus filhos, meus netos que cuidam muito de mim. Agora na doença, foram uns gigantes, me deram carinho, bastante moral. Eu mesmo também me cuido, minha esposa, que é tudo pra mim. Eu não posso reclamar da minha família. É um tesouro para gente.

O discurso dos idosos demonstra que primeiramente Deus, lhes “presta” cuidado. Para Kramp apud Jung (1991, p.5) “o homem se defronta com Deus da mesma forma que com os outros homens e, poderíamos mesmo dizer, como se Deus também fosse uma criatura humana. Oferece-se a Deus um dom como se Ele fosse um bom amigo ou um soberano terrestre”.

Todos os idosos participantes da pesquisa relataram acreditar em Deus. Na velhice esta relação homem/Deus parece estar acentuada. A experiência de vida

permite ao homem atribuir e conferir a Deus, parte da responsabilidade relativa ao próprio cuidado.

Conforme Veríssimo (2004, p.175) o sagrado é experimentado. Ele só adquire um caráter fenomenal, quer dizer, que vem às pessoas, desvela-se, mostra-se, torna-se vivo, pulsante, instigante, provocador, a partir da vivência. Experimentar o sagrado significa, positivamente, senti-lo, pensá-lo, interrogá-lo, estabelecer uma relação com ele, confiar nele, entregar-se.

O cuidado de si se intensifica no momento em que os idosos se deparam com a doença. Realizam práticas de cuidado a si próprio, bem como aceitam ou solicitam ajuda a outrem quando da necessidade de apoio. Em especial, são às pessoas da família a quem confiam este cuidado. Cônjuge, filhos e netos, são tidos como “tesouro” na vida dos idosos, sendo os que mais auxiliam o idoso no momento da doença.

A família para os idosos participantes do estudo é o esteio para o cuidado na situação de doença. As famílias cumprem seu papel de proteção e cuidado e tornam-se o contexto essencial para a recuperação, diante da doença e do desenvolvimento saudável frente ao envelhecimento.

DECISÕES E AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
<p><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimar a presença da família como alicerce para a vida dos idosos. ▪ Valorizar a crença em Deus.
<p><i>Repadronização do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular o idoso a cuidar de si próprio, na medida de suas possibilidades, orientando sua família a ajudá-lo apenas nas situações em que apresentar dificuldade, para reforçar os seus sentimentos de independência.

6.3.4 COMO O IDOSO SE CUIDA

Duas foram as idéias centrais relativas ao modo como o idoso se cuida. A idéia central **A**, mostra que os idosos se cuidam, cuidando da sua saúde, ao comerem bem, dormirem cedo. Já a idéia central **B**, aponta que os idosos se cuidam, distraindo a mente.

Idéia Central **A**: Cuidando da minha saúde.

Expressões-chave:

A.L.C., 65 anos: *“Come bem eu como (...)”.*

B.S.P. 69 anos: *“Eu não bebo, não fumo (...)”.*

G.R.S, 64 anos: *“Procuro dormir nos horários certos, se alimentar também, dormir 9, 10 horas da noite no máximo. Suco de laranja natural eu gosto, suco de maracujá, suco de abacaxi; tudo que for natural de fruta e de verdura, sem química nenhuma, eu gosto. Eu mesmo fabrico. Alimentação é tudo, para a gente é tudo”.*

L.C.A.C, 62 anos: *“Dormindo bem, se alimentando bem, não comendo certos alimentos que antes eu comia e agora não posso mais comer. Se sabe que quando eu não tô muito legal eu procuro tomar um banho que parece que melhora minha vida, ajuda, não sei (...)”.*

N.F., 68 anos: *“Andar bem vestido, tomar meu banho regularmente, passar um perfumezinho”.*

N.S.S., 61 anos: *“Higiene, a gente todo dia tem que tomar banho, andar limpinho, trocar roupa. O banho faz bem para saúde. Eu gosto de dormir cedo, levantar cedo (...) Se eu não posso me molhar, eu não vou me molhar, se eu não posso andar descalço, eu não ando. As coisas que eu vejo que não fazem bem, eu não faço errado (...)”.*

P.C.N, 74 anos: *“Alimentação normal de pobre, arroz, feijão, polentinha, bifezinho(...)adoro polenta com fígado; batata cozida no azeite e uma salada*

bem boa, tomate, pepino, legumes, todos eu gosto, beterrabas, essas coisas”.

T.S.M., 68 anos: *“Como comida mais leve, gosto de dormir cedo”.*

DSC:

Dormindo bem, procuro dormir nos horários certos, dormir 9, 10 horas da noite no máximo. Eu gosto de dormir cedo, levantar cedo. Se alimentar bem também, alimentação normal de pobre, como arroz, feijão, polentinha, bifezinho (...) adoro polenta com fígado; batata cozida no azeite e uma salada bem boa, tomate, pepino, legumes, todos eu gosto, beterrabas, essas coisas. Suco de laranja natural eu gosto, suco de maracujá, suco de abacaxi, vitamina. Tudo que for natural de fruta e de verdura, sem química nenhuma, eu gosto. Eu mesmo fabrico. Alimentação é tudo, para a gente é tudo. Comida mais leve, não comendo certos alimentos que antes eu comia e agora não posso mais comer. Eu não bebo, não fumo. Higiene, a gente todo dia tem que tomar banho, andar limpinho, andar bem vestido, trocar a roupa, passar um perfumezinho. O banho faz bem para saúde. Se sabe que quando eu não tô muito legal eu procuro tomar um banho que parece que melhora minha vida, ajuda, não sei (...) Caminhar, não abusar de bebida. Se eu não posso me molhar, eu não vou me molhar, se eu não posso andar descalço, eu não ando, porque posso ficar com gripe. As coisas que eu vejo que não fazem bem, eu não faço errado.

O discurso proferido pelos idosos demonstra, mais uma vez, a valorização de hábitos rotineiros. As atividades de alimentação, os momentos de repouso, devem seguir e respeitar horários peculiares dos idosos. Cuidados com alimentação e repouso são reconhecidos como prática efetiva de cuidado de si. Seus discursos apontam que esse cuidado é vivenciado de modo particular, explicitando certas rotinas que estão imbuídas na vida diária do idoso. Necessitam se alimentar e dormir em horários pré-definidos, evitando o que consideram não fazer bem para sua saúde.

No Brasil, a organização e o funcionamento da vida cotidiana da família vêm sendo profundamente afetados ao longo do tempo pela ação de fatores como o processo de urbanização, o desenvolvimento da mídia e as modernas condições femininas de vida e de trabalho. O acesso aos alimentos saudáveis, desejados pelos idosos, sabe-se que é bastante limitado, em razão dos fatores citados e também da baixa renda deles.

Para Timby (2002), a alimentação é necessidade humana básica e seus hábitos são aprendidos no início da vida; desta forma o tipo de alimento consumido e os padrões alimentares são influenciados por variáveis culturais. Os simbolismos dos alimentos estão enraizados e presentes no dia-a-dia dos idosos, segundo Lenardt et al (2005), fazem parte do sistema de conhecimento deles, advindos da bagagem sócio-cultural. As representações simbólicas referentes aos alimentos que consideram “bons” diferem, em grande parte, daqueles indicados pelos profissionais de saúde.

Segundo Helman (1994, p.48),

o alimento é mais do que apenas uma fonte de nutrição. Desempenha diversas funções nas várias sociedades humanas e está intimamente relacionado com os aspectos sociais, religiosos e econômicos da vida cotidiana (...) O alimento traz consigo uma série de simbolismo, manifestando e criando as relações entre o homem e o homem, o homem e as deidades e o homem e seu ambiente natural.

Além da ênfase na alimentação os idosos relatam realizar higiene corporal como modo de se cuidarem. Todavia, somente o banho foi citado, ficando outros hábitos, como o de higiene bucal, por exemplo, “fora” da lista de cuidado proferida pelos idosos. A higiene corporal como um todo, favorece o conforto dos idosos. Os idosos atribuíram ao banho, grande importância, na medida em que propicia bem-estar.

Como afirma Timby (2002, p.308), “o banho tem como principal objetivo a restauração da limpeza, remove o suor, oleosidade, a poeira e os microrganismos da pele. Dentre os principais benefícios encontram-se eliminação de odores desagradáveis do organismo, redução do potencial de infecções, estimulação da circulação, sensação refrescante, relaxamento e melhora da auto-imagem”.

Outro assunto valorizado pelos idosos, diz respeito às atitudes enraizadas em seu modo de pensar, mesmo recebendo orientações dos profissionais, definem o que

devem e o que não devem praticar. Em seus discursos, garantem não fazerem aquilo que acreditam não lhes fazer bem. Como exemplo: não andar descalço. Muitos idosos associam a isto, o desenvolvimento de certas doenças, como a gripe. Não praticar algo que considera “errado” é um modo de prevenção da saúde para o idoso.

Idéia Central **B**: Distraindo a mente.

Expressões-chave:

A.V.L., 78 anos: *“Eu me cuido comprando as coisas que eu gosto, me ajeitando, me arrumando, quando saio de casa”.*

B.S.P. 69 anos: *“(...) pescaria, adoro, é o que me distrai a mente, por isso que sou jovem”.*

G.R.S, 64 anos: *“(...) trabalhar assim que posso pra mim é ótimo (...) cortar uma grama, canterozinho de verdura (...) sempre tô me mexendo. Isso pra mim significa muito (...) pra minha saúde é muito bom”.*

N.J.O., 66 anos: *“(...) saindo com um amigo em ambiente digno, de vez em quando, um bailinho”.*

P.C.N, 74 anos: *“Eu tenho muita amizade, converso com todo mundo, gosto de ver todo mundo feliz, me faz feliz também. Gosto de passar o tempo com os amigos, conversando, fazendo festa, enfim, tudo isso aí. É uma coisa que ajuda ser feliz e viver bem”.*

T.S.M., 68 anos: *“Gosto de passear em parques, adoro árvores, fazer passeio ao ar livre”.*

DSC:

Eu me cuido comprando as coisas que eu gosto, me ajeitando, me arrumando quando saio de casa. Saindo com um amigo em ambiente digno, de vez em quando, um bailinho. Gosto de passar o tempo com os amigos, conversando, fazendo festa. Eu tenho muita amizade, converso com todo mundo, gosto de ver todo mundo feliz, me faz feliz também. Meu passeio favorito é ir em parques, adoro árvores, fazer passeio ao ar livre. Pescaria, adoro, é o que me distrai a mente, por isso que sou jovem. Trabalhar assim que posso pra mim é ótimo (...) cortar uma grama, canterozinho de verdura (...) sempre tô me mexendo. Isso pra

mim significa muito (...) pra minha saúde é muito bom. Enfim, tudo isso aí. É uma coisa que ajuda ser feliz e viver bem.

Se cuidar para os idosos, não se restringe apenas aos cuidados com o corpo. Distrair a mente ajuda a ser mais feliz. No discurso, atividades de lazer como passeios em parques, participar de uma pescaria, mostram que os idosos, diferentemente do que muitas vezes se imagina, não escolhem seus lares como ambiente para ficarem isolados. Gostam de se manter em atividade e, quando afastados do mundo do trabalho, buscam realizar atividades como cortar a grama; um modo de distração.

Conforme Marcellino (1990) o idoso pode ressignificar emocionalmente seu lazer nesta etapa da vida, revertendo atitudes cristalizadas, comportamentos e/ou condutas que exterioriza, tendo como parâmetro apenas suas opções e preferências pessoais, deixando fluir a espontaneidade, a alegria, o prazer de viver, redefinindo os níveis qualitativos existenciais.

Para Lenardt et al (2005) o lazer para o idoso torna-se cada vez mais restrito devido às adversidades que este encontra na sociedade como: a carência de recursos financeiros os quais dificultam o acesso ao teatro, cinema, leitura e a outros bens culturais. Assim como o trânsito dos idosos pela cidade fica prejudicado, em razão das irregularidades dos calçamentos das ruas e das grandes distâncias da moradia aos espaços de lazer.

DECISÕES E AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
<p style="text-align: center;"><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular caminhadas ao ar livre. ▪ Apresentar roteiro com os parques públicos existentes em Curitiba. ▪ Estimular a realização atividades no próprio lar, como cultivo de hortaliças, atividades de jardinagem. ▪ Incentivar realização de trabalhos manuais, como bordado, crochê, produção de alimentos caseiros, para complementar a renda e também distrair a mente.
<p style="text-align: center;"><i>Negociação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar e estimular o idoso a participar de atividades de grupos da terceira idade.

6.3.5 O SIGNIFICADO DE DOENÇA PARA O IDOSO

Aqui, observa-se, por meio das expressões-chave e idéia central, que doença é: “A pior coisa que existe”.

Idéia Central: A doença é a pior coisa que existe, é um atraso de vida, que tira o ânimo, é muito triste.

Expressões-chave:

A.L.C., 65 anos: *“É quando uma pessoa não tá saudável, não ta feliz”.*

A.V.L., 78 anos: *“Doença é uma coisa horrível, um incômodo”.*

B.S.P. 69 anos: *“Quem é muito estressado geralmente tem doença. É uma coisa ruim”.*

G.R.S, 64 anos: *“Doença é diabete, colesterol, câncer (...) é coisa ruim”.*

L.C.A.C, 62 anos: *“Doença é um desânimo, uma coisa muito triste, que a gente muda o comportamento da gente sem que a gente queira. De repente você não faz o que fazia. quando é grave, faz perder a vontade de fazer qualquer coisa. A doença simplesmente derruba a gente”.*

N.F., 68 anos: *“É a pior coisa que existe, porque você não tem disposição pra nada, vai querer ir num lugar, não pode, fazer alguma coisa, não pode”.*

N.J.O., 66 anos: *“A doença é algo que a gente não percebe, quando vê, está doente”.*

N.S.S., 61 anos: *“É o pior de tudo. É uma barreira muito triste, tem que enfrentar com muita fé, coragem e boa vontade. A gente tem que levantar a cabeça e enfrentar a doença, com fé e coragem e ajudar os que estão passando por momento difícil. Ajudar em tudo que é preciso, muito carinho, muita atenção, se precisa de alguma coisa, a gente precisa ajudar (...)”.*

P.C.N, 74 anos: *“Doença é, como que se diz, um descontrole da saúde que faz com que alguma coisa fique pesada, doído no comportamento do ser humano. E é isso que é a doença, que pode às vezes ser até psicológica, pelo comportamento, que passa a ser uma doença”.*

T.S.M., 68 anos: *“A doença é um atraso na vida da gente. Prejudica tudo o que nós podemos fazer. Prejudica nosso trabalho, nosso lazer, nosso prazer, não tem prazer estando doente. A doença tira nosso ânimo, deixando-nos frágil e sem vontade de agir. A doença entristece muito, tira nossa vontade até de viver, também prejudica a gente com a família, deixando de lado os prazeres pros aniversários, não dá para ir nos aniversários, as datas festivas, casamentos, o natal fica mais triste, sem prazer”.*

DSC:

Doença é uma coisa horrível, um incômodo. É diabete, colesterol, câncer... é coisa ruim. É a pior coisa que existe, porque você não tem disposição pra nada, vai querer ir num lugar, não pode, fazer alguma coisa, não pode. A doença é um atraso na vida da gente. Prejudica tudo o que nós podemos fazer. Prejudica nosso trabalho, nosso lazer, nosso prazer, não tem prazer estando doente. De repente você não faz o que fazia. É um desânimo, uma coisa muito triste, que a gente muda o comportamento da gente sem que a gente queira. Quando é grave, faz perder a vontade de fazer qualquer coisa. A doença tira nosso ânimo, deixando-nos frágil e sem vontade de agir. A doença entristece muito, tira nossa vontade até de viver, também prejudica a gente com a família, deixando de lado os prazeres pros aniversários, não dá para ir nos aniversários, as datas festivas, casamentos, o Natal fica mais triste, sem prazer. É o pior de tudo. A doença simplesmente derruba a gente. A doença é, como que se diz, um descontrole da saúde que faz com que alguma coisa fique pesada, doído no comportamento do ser humano. E é isso que é a doença, que pode às vezes ser até psicológica, pelo comportamento, que passa a ser uma doença. Quem é muito estressado geralmente tem doença. É uma coisa ruim. É uma barreira muito triste, tem que enfrentar com muita fé, coragem e boa vontade. A gente tem que levantar a cabeça e enfrentar a doença, com fé e coragem e ajudar os que estão passando por momento difícil. Ajudar em tudo que é preciso, muito carinho, muita atenção, se precisa de alguma coisa, a gente precisa ajudar, A doença é algo que a gente não percebe, quando vê, está doente. É quando uma pessoa não tá saudável, não tá feliz.

De acordo com os idosos, a doença é vista como um incômodo, um “atraso”, na medida em que os prejudica em várias esferas de suas vidas. A doença prejudica o trabalho, impossibilita situações de lazer. Muitas vezes obriga o idoso a mudar seu comportamento sem que isso seja de sua vontade.

O modo como os idosos percebem a doença, depende, dentre outros aspectos, do tipo de relacionamento que estabelece com o adoecer, bem como, o conhecimento que possui a despeito da patologia que o acometeu, e/ou, o significado que atribuiu à própria doença ou a de outrem. Constantemente, a busca pelo significado da doença abarca vários aspectos da vida pessoal do indivíduo.

O discurso das concepções e representações de causas de doenças “envolve a ligação que se estabelece entre a pessoa e a moléstia, esta última como experiência física e subjetiva, envolvida em complexa rede de sentimentos que orientam os indivíduos em suas buscas pelos significados” (RODRIGUES & CAROSO, 1998, p.141).

A doença entristece, desanima. Delimita a sociabilidade dos idosos, quando é empecilho para a participação em festividades e/ou situações de convívio familiar, que propiciam prazer.

A doença significa um dano à totalidade da existência. Segundo Boff (1999), não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, nos idosos, não é parte também que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta por que exatamente eu fiquei doente?).

Segundo Gomes & Mendonça (2002, p.117) “a experiência da doença, necessariamente, implica alterações no modo de vida pessoal e social, podendo conter a adoção de estratégias e novas percepções sobre essa nova situação”.

Para os idosos, o estresse pode ser fator causal de doença. Esta, não precisa necessariamente ser decorrente de alterações físicas do organismo, tendo a questão psicológica, grande influência no processo patológico. Para eles, a doença é uma barreira que tem que ser enfrentada com muita fé, coragem e força de vontade.

Conforme Oliveira (2003, p.55) “o laço com o sagrado, a fé, em algum momento da existência humana, parecem servir como “âncora” ao alívio das pressões a que o homem se vê exposto. Tal alívio, por um lado amortece as dores naturais de quem enfrenta barreiras e, ao mesmo tempo, os ampara”.

DECISÕES E AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
<p><i>Negociação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidenciar a condição de saúde pela qual passa cada idoso, lembrando-os que, mesmo na doença, podem desfrutar das coisas boas da vida. ▪ Incitar o idoso a pensar e descobrir que, mesmo na condição de doença, ainda pode desenvolver várias atividades.
<p><i>Repadronização do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conversar com o idoso para descobrir o que ele sabe sobre sua doença e como esta afeta o seu corpo. Esclarecer quaisquer conceitos errôneos. Isso aumenta os conhecimentos do idoso acerca dos riscos à saúde associados à sua patologia. ▪ Instigar o idoso a expressar seus sentimentos acerca da sua doença, a conversar sobre seus medos relacionados com a perda da independência e com a sua capacidade reduzida de participar nas atividades de lazer. Isso permite que o idoso tenha clareza e defina racionalmente os problemas e as soluções possíveis. ▪ Orientar o idoso quanto aos tipos de atividades que pode realizar, (dependendo do tipo de patologia que apresenta) condizentes com as possibilidades físicas e orgânicas de cada idoso.

6.3.6 HÁBITOS NOCIVOS À SAÚDE PRATICADOS PELO IDOSO

As idéias centrais de mesmo sentido ou de sentido semelhante, em relação aos hábitos considerados pelos idosos, maléficos a sua saúde, foram agrupadas em uma única idéia central.

Idéia Central : Fumo, às vezes como o que não posso comer.

Expressões-chave:

A.L.C., 65 anos: *“Cigarro. Eu sei que não faz bem mais eu fumo bastante. É ruim a gente que fuma, meus filhos saem de perto quando acendo o cigarro, a gente não pode fumar em qualquer lugar”.*

A.V.L., 78 anos: *“Ai ai, eu sou louco por doce, quando começo, não paro mais”.*

B.S.P. 69 anos: *“Preocupação com os filhos, tenho medo quando meus filhos saem , por causa dessa violência do mundo Deixa a gente doente as vezes”.*

G.R.S, 64 anos: *“Normalmente, eu asso uma costelinha em casa (no sal grosso) isso eu acho que faria mal se fosse todo dia, mais vez ou outra, quando meus filhos tão lá (...) comia muita coisa gordurosa. Agora não mais. Uma vez por ano na minha casa tem feijão verde com bacon, costelinha, não tem como não comer (...)”.*

L.C.A.C, 62 anos: *“De vez em quando eu descuido, às vezes dá vontade de comer alguma coisa que eu não posso comer, eu resisto, até que eu pego e como, porque a gente acha que uma determinada coisa é boa e não faz bem. Mas eu tenho uma vida graças a Deus, bem saudável”.*

N.F., 68 anos: *“Fumo 40 cigarros por dia, dois maços. Tomo duas cervejas, uma cedo e outra a tarde”.*

N.J.O., 66 anos: *“Antigamente bebia, quando ia pescar, as vezes umas caipirinhas”.*

N.S.S., 61 anos: *“Eu fumo há muitos anos, sei que não faz bem, mas eu fumo”.*

P.C.N, 74 anos: *“É, as vezes a gente abusa com pescaria, seresta de madrugada”.*

T.S.M., 68 anos: *“Cigarro, fumo muito”.*

DSC:

Cigarro. Fumo 40 cigarros por dia, dois maços. Eu sei que não faz bem, mas eu fumo bastante. É ruim a gente que fuma, meus filhos saem de perto quando acendo o cigarro. A gente não pode fumar em qualquer lugar. Tomo duas cervejas, uma cedo e outra à tarde. Antigamente bebia, quando ia pescar, às vezes umas caipirinhas. Ai ai, eu sou louco por doce, quando começo, não paro

mais. De vez em quando eu descuido, às vezes dá vontade de comer alguma coisa que eu não posso comer, eu resisto, até que eu pego e como, porque a gente acha que uma determinada coisa é boa e não faz bem. Normalmente, eu asso uma costelinha em casa (no sal grosso) isso eu acho que faria mal se fosse todo dia, mais vez ou outra, quando meus filhos tão lá (...) comia muita coisa gordurosa. Uma vez por ano na minha casa tem feijão verde com bacon, costelinha, não tem como não comer (...). Preocupação com os filhos. Tenho medo quando meus filhos saem, por causa dessa violência do mundo. Deixa a gente doente às vezes. Às vezes a gente abusa com pescaria, seresta de madrugada. Mas eu tenho uma vida graças a Deus, bem saudável.

Parte dos idosos relatou ser fumante de longa data. Consomem quantidade relevante de cigarro, chegando a fumar 40 cigarros por dia. Conhecem os males ocasionados, porém, não demonstram interesse em abandonar o vício. Ao mesmo tempo, admitem não se sentirem confortáveis em algumas situações relativas ao fumo, como acontece quando não podem praticar o vício em qualquer ambiente.

Para Funchal et al (2005, p. 57):

os valores atribuídos ao cigarro têm se modificado à medida que os resultados sobre os malefícios do seu consumo se multiplicam. Cada vez mais o ato de fumar, que outrora tinha valorosos significados sociais, passa a ser considerado pela mesma sociedade como um ato inconveniente e de risco para a saúde individual e coletiva. Medidas restritivas ao ato de fumar têm levado aos atuais corpos fumantes sentimentos de exclusão e censura comportamental.

A maioria dos idosos confessa não seguir rigorosamente hábitos considerados saudáveis para suas vidas. Este discurso evidencia a realidade da prática do cuidado pelos idosos. Em questão anterior, quando questionados a respeito de como se cuidam, citavam apenas situações de práticas de cuidado, sem mencionar as de descuido.

O ato de preocupar-se com alguém foi pelos idosos, entendido como hábito que não faz bem a sua saúde. Hábitos maléficos, não necessariamente precisam afetar o corpo físico. A preocupação com os filhos, está relacionada à insegurança ocasionada pelos perigos a que todos estão expostos na sociedade moderna. Os idosos concebem

o mundo de hoje, como um mundo no qual a violência se faz presente, cada vez com mais afinco. Assim, seus filhos não possuem a proteção que gostariam.

Apesar dos discursos referentes à alimentação e hábitos saudáveis de vida, neste discurso, os idosos revelam costumes pouco adequados ao envelhecimento saudável. O cigarro foi um dos hábitos maléficos mais presentes nas falas dos idosos.

Segundo Nahas (2001) as intervenções que mais afetam a qualidade de vida no envelhecimento estão centradas na eliminação do fumo, no aumento da atividade física habitual e na melhora dos padrões nutricionais. Há, também, evidências de que as intervenções múltiplas direcionadas a mais de um fator parecem ser mais efetivas, particularmente quando se envolvem nutrição e atividade física.

A questão alimentar mais uma vez esteve presente no discurso. Nota-se que o alimento para o idoso, não serve apenas para nutrir o organismo, mas é motivo significativo para desenvolver interação familiar. Uma combinação alimentar, preparada em ocasiões “especiais”, na presença dos filhos, tem grande significado para os idosos e aproveitam para saborear o que não lhes é permitido consumir.

Conforme Helman (1994, p. 56) são alimentos classificados como sociais aqueles que, “consumidos na presença de outras pessoas e que possuem um valor simbólico, assim como um valor nutritivo, para todos os envolvidos (...). Em toda sociedade humana, o alimento é uma forma de criar e manifestar os relacionamentos entre pessoas”.

DECISÕES E AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Negociação do Cuidado Cultural

- Demonstrar a importância de hábitos alimentares saudáveis, sono e repouso em horários regulares.
- Orientar o idoso a utilizar alimentos ricos em fibras, tais como frutas e vegetais frescos; pão e cereais integrais; feijão e legumes; arroz integral, cevada e aveia, que evitam que o nível de glicose suba muito rapidamente depois de sua ingestão.
- Estimular o idoso a conquistar melhoras gradativas no hábito alimentar; por exemplo, introduzindo lentamente alimentos nutritivos com poucas calorias em sua dieta, tendo em mente que o paciente idoso desenvolveu seus hábitos atuais há muitos anos. O planejamento das alterações gradativas aumenta as chances de sucesso.
- Incitar a utilização de outros tipos de temperos na dieta, visando diminuir o consumo de sal.
- Alertar para os perigos de uma dieta rica em açúcares e gorduras.
- Incentivar o abandono do hábito de fumar.
- Orientar o idoso a limitar o consumo diário de álcool a 30 ml de etanol para os homens (720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada) e à metade dessas quantidades para as mulheres, o que auxilia na diminuir pressão arterial.

Repadronização do Cuidado Cultural

- Orientar o paciente quanto às alterações das necessidades nutricionais associadas ao envelhecimento, para estimular as escolhas alimentares bem informadas. As necessidades dietéticas diminuem com a idade, visto que, nos pacientes idosos, as necessidades calóricas diminuem em 10 a 25%.
- Orientar o idoso e/ou sua família a preparar alimentos que o mesmo aprecia, servindo-os em uma apresentação atraente, para estimular seu apetite, usando alimentos de diferentes cores a cada refeição, para estimular o sentido da visão do idoso.
- Identificar alimentos proibitivos referente à sua patologia.
- Indicar grupos de apoio que trabalham com fumantes.

6.3.7 CUIDADOS REALIZADOS PELO IDOSO QUANDO NÃO ESTÁ DOENTE

Os discursos dos idosos possibilitaram a existência de três idéias centrais. A idéia central **A**, diz que, quando não está doente, o idoso se alimenta e dorme bem, não realizando serviços pesados. Na idéia central **B**, o idoso expressa que, quando não está doente, se sente muito mais alegre. Na terceira idéia central, ou seja, a idéia central **C**, prevalece o discurso dos idosos que afirmam não se cuidarem muito quando não estão doentes.

Idéia Central **A**: Me alimento bem, durmo bem, não faço serviço pesado.

Expressões-chave:

B.S.P. 69 anos: *“Me alimento bem, durmo na hora certa”.*

G.R.S, 64 anos: *“Não bebe, não fuma, não passa noite sem sono. Procuro não fazer serviço pesado (...)”.*

L.C.A.C, 62 anos: *“Quando não estou doente: eu mantenho minha alimentação com pouco sal, me cuido por causa dessas doenças do coração que envolvem a minha pressão (...) eu cuido (...) eu resisto até; mas de repente eu como um queijinho que eu não posso comer (...) a minha vida continua do mesmo jeito. Eu faço o possível, não exagero, não sou gulosa, não como quase fora de hora”.*

T.S.M., 68 anos: *“Tomo banho, faço higiene corporal”.*

DSC:

Quando não estou doente, me alimento bem, eu mantenho minha alimentação com pouco sal, me cuido por causa dessas doenças do coração que envolvem a minha pressão (...) eu cuido (...) eu resisto até; mas de repente eu como um queijinho que eu não posso comer (...) a minha vida continua do mesmo jeito. Eu faço o possível, não exagero, não sou guloso, não como quase fora de hora. Não bebo, não fumo, não passo noite sem sono, durmo na hora certa, tomo banho, faço higiene corporal, procurando também, não fazer serviço pesado.

Os idosos realizam um discurso de hábito de vida saudável. Afirmam cuidar da alimentação, respeitar os horários de sono, realizarem cuidados com higiene corporal. De acordo com Oliveira (1998), uma “boa alimentação” assume papel preponderante como forma de manter a saúde: por um lado, contribui para não deixar o corpo suscetível às doenças e, por outro, auxilia na recuperação do corpo doente. A alimentação pode ser entendida também, como causa ou consequência da doença, ou seja, pode-se ficar doente por não se alimentar corretamente.

No entanto, o cuidado com o corpo não prevalece como algo praticado por todo o tempo e em todas as circunstâncias pelos idosos. Em várias situações apontam “escorregadas”, comendo o que não devem, descuidando em algum momento da sua saúde. Pois, como afirma Lenardt et al (2005), quando o idoso está em casa, longe das imposições realizadas pelos profissionais de saúde, fica livre para fazer suas escolhas referentes ao cuidado de si, comendo o que desejam e freqüentemente não seguindo as orientações acerca dos alimentos.

Os idosos possuem consciência apenas de algumas de suas “fragilidades”. Sabem que não possuem o vigor de outrora e após serviços pesados costumam se sentir mal. Entendo que diante da doença o idoso precisa perceber os simbolismos que ela traz, para que tome consciência do cuidado necessário. Todas as doenças têm identidades e são diferentes para cada pessoa. Após os exercícios físicos os idosos sentem-se mal e este “sentir-se mal” significa que é preciso cuidar-se, porém, para cada um deles, este fato tem representações diversas. As representações têm níveis de importâncias e são estes que impedem ou facilitam o cuidado de si. Conforme Rodrigues & Caroso (1998, p.138), “a representação de doença remete, em alguns casos, às razões para o sofrimento; por outro, a representação ou o discurso sobre a cura envia a uma experiência sincrônica, uma vez que se apresenta como antítese ao sofrimento e à doença”.

De acordo com Ferreira (1998, p.55):

os indivíduos vivem a realidade biológica enquanto trabalhada pela cultura. As representações do corpo, saúde e doença são uma realidade advinda da experiência do indivíduo. O corpo surge então, não apenas como objeto de representação, mas como fundamento de nossa subjetividade. As práticas de cuidado do corpo são orientadas por uma lógica que resulta da

experiência social e, com base nesta, produzem-se interpretações que adquirem significado a partir de processos compartilhados no cotidiano.

Idéia Central **B**: Quando não tô doente, tenho muito mais alegria.

Expressões-chave:

A.L.C., 65 anos: *“Eu gosto de caminhar, andar de bicicleta, ir trabalhar a pé em vez de ônibus”.*

A.V.L., 78 anos: *“Quando não tô doente, eu me arrumo, uso roupas bonitas (...)”.*

N.F., 68 anos: *“Quando não tô doente, me arrumo”.*

N.S.S., 61 anos: *“Quando a gente não tá doente a gente tem outra alegria, não dá para ficar chorando. É outra alegria quando eu não estou doente, quando chega visita já vou pro fogão, faço um café, é outra alegria”.*

T.S.M., 68 anos: *“(...) caminho (...)”.*

DSC:

Quando não tô doente, eu me arrumo, uso roupas bonitas. Eu gosto de caminhar, andar de bicicleta, ir trabalhar a pé em vez de ônibus. Quando a gente não tá doente a gente tem outra alegria, não dá para ficar chorando. É outra alegria quando eu não estou doente, quando chega visita já vou pro fogão, faço um café, é outra alegria.

Se a doença os entristece, a saúde os faz sentirem alegres. Quando saudáveis, podem praticar aquilo que os deixam felizes. O simples ato de caminhar, andar de bicicleta os confere liberdade, denota atividade. Os idosos querem manter-se ativos, entretanto nem sempre com o devido cuidado. As formas temporalmente circunscritas pelas quais os atores imputam e negociam significados para suas experiências, vivenciam dificuldades de sustentar esses significados, delineiam e levam a cabo projetos e estratégias para se (re) situar no mundo social dado o evento/problema da doença" (ALVES & RABELO, 1998, p.119).

A compreensão do adoecer não ocorre apenas a partir dos enunciados das narrativas dos sujeitos da doença. Esses enunciados, em específico, e a narrativa, em geral, devem ser entendidos como recortes de uma realidade que os contém, sem, contudo, a eles se reduzir (GOMES et al, 2002).

O discurso mostra que, o simples fato de poderem receber bem uma visita, já é motivo de felicidade. Para quem experienciou situação de doença, quando da ausência desta, encontram muito mais motivos para ficarem alegres. O idoso, ao passar pela condição de doença, valoriza cada momento, entendendo como de grande importância, a presença de pessoas especiais para sua vida, especialmente, nos instantes em que a doença “não se faz” presente. Entendem esta situação, como uma condição para o cuidado de si.

Correlacionando a Boff (1999, p. 145):

cuidar de nosso corpo implica cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante, relações essas que passam pela higiene, pela alimentação, pelo ar que respiramos, pela forma que nos vestimos, pela maneira como organizamos nossa casa e nos situamos dentro de um determinado espaço ecológico. Esse cuidado reforça nossa identidade como seres nós-de-relações para todos os lados. Cuidar do corpo significa a busca de assimilação criativa de tudo o que possa nos ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento. Somente assim nos transformaremos mais e mais em pessoas amadurecidas, autônomas, sábias e plenamente livres.

Idéia Central **C**: Não me cuidava muito quando não estava doente.

Expressões-chave:

N.J.O., 66 anos: *“Não me cuidava muito quando não estava doente”.*

P.C.N, 74 anos: *“Eu não sou muito caprichoso em matéria de organização, de se alimentar na hora certa, dormir na hora certa. Não me cuido muito quando não to doente. Então, hoje dormi mal e amanhã procura corrigir (...) então nunca tá certo, mais também não compromete, né!”.*

DSC:

Não me cuidava muito quando não estava doente. Eu não sou muito caprichoso em matéria de organização, de se alimentar na hora certa, dormir na hora certa. Não me cuido muito quando não to doente. Então, hoje dormi mal e amanhã procura corrigir (...) então nunca tá certo, mais também não compromete, né!.

A maior parte dos idosos gosta de manter rotinas de cuidado. Para os idosos, levar uma vida regrada significa possuir alguns hábitos de vida que para eles estão atrelados ao cuidado de si, como não ter vícios e nem cometer exageros desde a juventude. No entanto, alguns afirmam viver uma vida desregrada. Não se incomodam com horários fixos de sono e alimentação. Alguns relatam que a sua condição de saúde atual é consequência de atos no passado, quando eram negligentes com a própria saúde (LENARDT et al, 2006).

Quando não estão doentes, não se preocupam em realizar hábitos que propiciem envelhecimento saudável. Demonstram tentar o equilíbrio, corrigindo, vez ou outra, o que fizeram e consideraram “errado”. Porém, não acreditam que estes pequenos “deslizes” sobre sua saúde, sejam capazes de comprometê-la.

Conforme SILVA et al (2005) ocorrem alterações orgânicas, físicas e psicológicas que são normais no envelhecimento, mas como essas alterações vão alterar a qualidade de vida do indivíduo, depende muito de como ele se cuidou e se preparou para essa etapa da vida.

Os idosos que afirmam não ter muito cuidado consigo nesta fase de sua vida, muito provavelmente, não se “cuidavam” em etapas anteriores à “chegada” ao envelhecimento. A gênese de alguns dos maiores problemas de saúde da terceira idade pode estar tão distante quanto uma má nutrição na infância ou maus hábitos de saúde, ou, ainda, riscos ocupacionais durante os anos de trabalho (FORD, 1997).

DECISÕES E AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
<p><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular convívio com pessoas queridas, como família e amigos. ▪ Estimular caminhadas em detrimento ao uso de transporte, como carro e/ou ônibus.
<p><i>Negociação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar o idoso a manter hábitos e rotinas, como sono, repouso e alimentação em horários regulares. ▪ Orientar quanto à diminuição do consumo de carne com gordura, leite integral, queijo e frituras.
<p><i>Repadronização do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar o idoso portador de diabetes a nunca realizar exercícios físicos em jejum, bem como se alimentar caso esteja há mais de 2 horas sem ingerir nada, antes de praticar o exercício. Com a atividade física acontece o gasto de energia, sendo necessário também, comer após qualquer exercício.

6.3.8 CUIDADOS REALIZADOS PELO IDOSO QUANDO ESTÁ DOENTE

Quando doentes, os idosos afirmam seguir as normas profissionais e se apóiam em Deus para se recuperarem.

Idéia Central: Sigo as normas das enfermeiras e médicos e peço a Deus que me sare.

Expressões-chave:

A.L.C., 65 anos: “Tenho que cuidar de mim, fazer repouso para me deixar bem sarado”.

A.V.L., 78 anos: “Quando eu tô doente eu tomo o remédio, me cuido pra não cair”.

B.S.P. 69 anos: “Quando tô doente sei que preciso me cuidar assim, como eu me cuido aqui, tomando remédio, obedecendo os médicos, me cuidando para não cair”.

G.R.S, 64 anos: “Quando pego gripe eu, tomo um chazinho de limão, mel e alho”.

L.C.A.C, 62 anos: *“Quando tô doente, geralmente eu perco o apetite, perco o paladar, não sinto o gosto de nada. Peço para Deus que me sare”.*

N.F., 68 anos: *“Doente, não tomo água gelada, cervejinha gelada, não mexo em freezer ou geladeira, não entro em piscina”.*

N.J.O., 66 anos: *“Doente daí eu me cuido o máximo, seguindo as normas das enfermeiras e dos médicos; remédio no horário certo”.*

N.S.S., 61 anos: *“Chega muita visita quando a gente tá doente. Valorizo o amor das pessoas pela gente. Eu faço muita amizade. Quando me visitam, eu tô doente com isso, com aquilo, mas não desprezo ninguém”.*

P.C.N, 74 anos: *“Pois é, agora me cuido obedecendo os critérios do médico”.*

T.S.M., 68 anos: *“Doente, tomo mais cuidado, comendo o que pode e evitando comer o que faz mal, dormindo mais cedo (...) eu tomo meu chá de plantas. Rezo todo dia (...) não esqueço de rezar”.*

DSC:

Quando eu tô doente sei que preciso me cuidar assim, como eu me cuido aqui, tomando remédio no horário certo, obedecendo os critérios dos médicos e enfermeiras, me cuidando para não cair. Doente, geralmente eu perco o apetite, perco o paladar, não sinto o gosto de nada. Não tomo água gelada, cervejinha gelada, não mexo em freezer ou geladeira, não entro em piscina. Tomo mais cuidado, comendo o que pode e evitando comer o que faz mal, dormindo mais cedo (...) eu tomo meu chá de plantas. Quando pego gripe, eu tomo um chazinho de limão, mel e alho. Doente daí eu me cuido o máximo. Tenho que cuidar de mim, fazer repouso para me deixar bem sarado. Chega muita visita quando a gente tá doente. Valorizo o amor das pessoas pela gente. Eu faço muita amizade. Quando me visitam, eu tô doente com isso, com aquilo, mas não desprezo ninguém. Rezo todo dia, não esqueço de rezar. Peço para Deus que me sare.

As decisões de cuidado perpassam o conhecimento popular do idoso. Associam conhecimentos como beber água gelada, se expor ao frio ao entrar em contato com

freezer ou geladeira, situações que prejudicam a sua condição de saúde. Do mesmo modo, se utilizam de plantas e chás para curar certos males que os afligem. Para Queiroz (1991) a medicina popular se manifesta em duas áreas distintas: a *caseira*, baseada principalmente nas ervas medicinais, como uso de chás e a *medicina religiosa*, relativa especialmente às benzeduras e promessas.

As pessoas idosas praticam atos que possuem significado terapêutico, como se resguardar do vento, da chuva e da friagem, como atitude preventiva aos agravos das doenças respiratórias, reumatismos e outros males crônicos (GONÇALVES, 1992).

Conforme Kleinman (1980), o doente apresenta um itinerário terapêutico sob a perspectiva de sistema de saúde, formados por três setores, denominados de sistema de cuidado à saúde. Esse sistema é formado pela interação de três setores: o **profissional** caracterizado por profissões de cura organizadas, como biomedicina, homeopatia, medicina chinesa; o **folclórico**, do qual fazem parte profissionais de cura, que não possuem regulamentação oficial, como curandeiros, uso de ervas; e o **popular ou familiar**, onde estão representadas as famílias, amigos e vizinhos próximos do doente.

Para Lenardt et al (2005, p.21):

os setores populares e os folclóricos são os mais buscados pelos idosos justificados por serem naturais e de baixo custo. A explicação do profissional a respeito da doença nem sempre está de acordo com o que o idoso acredita e utiliza no cuidado de si. De acordo com a identificação de sua enfermidade, o idoso define o setor de cuidado à saúde no qual irá inserir-se. Quando a doença não é curada por meio de chás medicinais ou rituais realizados por curandeiros, então a doença é considerada muito grave e um profissional de saúde é consultado.

A apreensão do real significado da doença, vai além da simples associação às desordens biológicas, necessitando valorizar o ambiente cultural ao qual o sujeito encontra-se imbricado, para a partir daí, poder decifrar o seu verdadeiro sentido. Assim, na medida em que se consegue ir para além das falas e das ações em geral, a articulação entre o representado e o vivido do ser doente pode ser conseguida (GOMES et al, 2002).

A religiosidade pode servir ao mais velho como uma boa forma de ingressar na terceira idade, uma vez que ela permite vida social, por meio dos grupos de caráter

religiosos e interioridade através da fé e da oração, como ainda fornece uma forma diferente de se encarar as rupturas e perdas dessa fase.

O contato com o mundo do sagrado permite ao homem experienciar, de modo mais ameno, sua condição de existência. Como afirma Schotsmans (1999, p.247):

jamais se pode chegar a ser verdadeiramente humano sozinho. Como seres humanos, achamo-nos essencialmente dentro de uma relação aberta com a realidade em que vivemos como os outros aos quais devemos, aliás, a nossa existência, e que nos cercam, e também com Deus. Se o homem quiser ser plenamente ele mesmo, necessitará indispensavelmente de encontros com outros e deverá ser “encontrado” pelos outros. Para as pessoas idosas, o mistério de sua felicidade consiste, às vezes, nesse entrelaçamento de relações da sua vida.

A sabedoria do idoso adquirida no seu percurso de vida esteve presente em seu discurso. Quando ele está doente, a família, os amigos e conhecidos o visitam, auxiliam, dão apoio. Mesmo na condição de doença, não se esquecem de estimar o amor ao próximo. O idoso tem apreço por relações de afetividade.

Conforme Deecken (1998) a sabedoria da idade avançada difere da inteligência perspicaz ou da mera capacidade de informação. Somente através de um longo processo que se estende pela vida toda, é que esta sabedoria do coração pode ser alcançada.

DECISÕES E AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
<p style="text-align: center;"><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular visita freqüente ao médico. ▪ Orientar quanto à importância de ingerir os medicamentos nos horários corretos. ▪ Valorizar a utilização de medicamento conforme orientação dos profissionais de saúde. ▪ Excitar o idoso a enfrentar a doença com fé e coragem. ▪ Estimar a crença em Deus. ▪ Estimular prática de orações.
<p style="text-align: center;"><i>Repadronização do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar “técnicas” de prevenção à quedas, como a não utilização de tapetes no domicílio; suporte de apoio ao lado do vaso sanitário, para auxiliar o idoso ao se levantar; uso de bengalas, quando existe a dificuldade de deambulação.

6.3.9 COMO O IDOSO PRETENDE SE CUIDAR APÓS A ALTA HOSPITALAR

Na idéia central **A**, os idosos dizem que, após a alta, irão cuidar de sua aparência, alimentação e ficar perto da família e amigos. Na idéia central **B**, os idosos afirmam que vão tentar parar de fumar.

Idéia Central **A**: Vou cuidar da minha aparência, alimentação, ficando perto dos filhos, netos e amigos.

Expressões-chave:

A.L.C., 65 anos: *“Tenho que fazer repouso como o médico indicar, na alta ele vai conversar comigo”.*

A.V.L., 78 anos: *“Quando for para casa, vou cuidar mais da minha aparência (...) (risos)”.*

B.S.P. 69 anos: *“Na alimentação, vou comer menos e saber qual alimento vou comer, porque gosto de gordura, carne gorda, refrigerante, tudo isso vou cortar. O médico falou que tinha que emagrecer 25 quilos porque minha pressão tá muito alta. Vou comer sem sal. Eu colocava muito sal na comida, agora não vou fazer mais isso”.*

G.R.S, 64 anos: *“Sal, gordura, eu sou chegado num pernilzinho, comida na beira do fogão a lenha (...) não pode mais (...) que que vai fazer (...)”.*

L.C.A.C, 62 anos: *“Vou continuar cuidando da alimentação, com pouco sal”.*

N.F., 68 anos: *“Em casa, depois que sair daqui, vou comer alimentos saudáveis, cuidar da aparência”.*

N.J.O., 66 anos: *“Eu vou chegar em casa e abraçar minha netinha (choro). Ela mora comigo. Eu gosto demais dela”.*

N.S.S., 61 anos: *“Ficar perto dos filho, dos netos e dos amigo é muito importante pra gente”.*

DSC:

Quando for para casa, vou cuidar mais da minha aparência (risos). Tenho que fazer repouso como o médico indicar, na alta ele vai conversar comigo. Vou continuar cuidando da alimentação, vou comer alimentos saudáveis, comer menos e saber qual alimento vou comer, porque gosto de carne gorda, refrigerante, tudo isso vou cortar. Sal, gordura, eu sou chegado num pernilzinho, comida na beira do fogão a lenha (...) não pode mais (...) que vai fazer (...). O médico falou que tinha que emagrecer 25 quilos porque minha pressão tá muito alta. Vou comer sem sal. Eu colocava muito sal na comida, agora não vou fazer mais isso. Vou chegar em casa e abraçar minha netinha (choro). Ela mora comigo. Eu gosto demais dela. Ficar perto dos filho, dos netos e dos amigo é muito importante pra gente.

O momento de alta hospitalar é aguardado com grande ansiedade pela maior parte dos idosos. Quando forem para casa, afirmam que vão se cuidar melhor, cuidar, inclusive, de sua aparência física; os mais velhos têm no repouso um cuidado significativo.

O discurso dos idosos aponta para realização de cuidados e dão ênfase às orientações fornecidas pelo profissional médico. Durante todo o estudo os idosos evidenciaram a importância do médico, como o único capaz de provocar mudanças no seu modo de viver. Sabemos que a maioria das orientações de cuidados são fornecidas pelos demais profissionais de saúde, especificamente enfermeiras (os). Entretanto, o idoso demonstra em seu discurso olhar e ouvidos atentos ao profissional médico.

Os idosos alegam gostar de hábitos que não são adequados a uma vida saudável. Os alimentos gordurosos e com muito sal, são os preferidos. Conforme Shuman (1998), o paladar do idoso perde a sensibilidade gustativa que confere real sabor ao alimento. Na terceira idade, um dos fatores mais relevantes na diminuição do consumo alimentar é a redução da sensibilidade por gostos primários doce, amargo, ácido e salgado. Desse modo, o idoso necessita de maior concentração do sabor atribuído ao alimento, em comparação aos adultos e jovens. Normalmente, isso

predispõe o idoso a adoçar e a salgar mais os alimentos e até mesmo temperos exagerados como as pimentas.

Os discursos apontam ligação afetiva muito forte com os netos. Estes conferem sentido à vida dos idosos, tornam seus dias mais felizes. Quando se referiam aos netos, demonstravam-se bastante emocionados. O semblante se modificava e por vezes, incitava o choro.

Para os idosos, diante da criança que transborda a vivacidade que lhe é própria, o velho sente-se preencher pelo desejo de viver. Essa proximidade pode ser vista com maior facilidade na relação entre avós e netos (LOPES; NERI & PARK, 2005). Muitos deles tomam para si as responsabilidades domésticas dos filhos casados e cuidam dos netos, o que significa banir o receio de inutilidade e constituir um novo objetivo, que traz alegria.

Idéia Central **B**: Vou tentar não fumar mais.

Expressões-chave:

A.L.C., 65 anos: *“O cigarro, vamos ver se diminuo, até se consigo parar. Nunca falei que ia parar, mais agora pelo o que eu senti aqui agüentando, eu vou tentar parar. Eu fumo, bebo, mais tudo mais ou menos no limite. Bebida não exagero muito na bebida. Cigarro que eu fumo demais. Agora aqui no hospital eu dei uma parada. Não digo que vou parar, mas diminuir. Eu não sou muito de tragar a fumaça, acho que por isso não prejudicou muito”.*

T.S.M., 68 anos: *“Depois da alta, vou tentar não fumar mais. Aqui no hospital eu não tô fumando. Eu tomo café e quero acender um cigarrinho, eu como, quero um cigarrinho. Não te digo nada se vou parar de fumar. Vai depender dos resultados dos exames (tosse)”.*

DSC:

Depois da alta, vou tentar não fumar mais. Vamos ver se diminuo, até se consigo parar. Nunca falei que ia parar, mais agora pelo o que eu senti aqui agüentando, eu vou tentar parar. Aqui no hospital eu não tô fumando, dei uma parada. Eu fumo, bebo, mais tudo mais ou menos no limite. Bebida, não exagero muito na bebida. Cigarro que eu fumo demais. Não digo que vou parar, mas diminuir. Eu

tomo café e quero acender um cigarrinho, eu como, quero um cigarrinho. Eu não sou muito de tragar a fumaça, acho que por isso não prejudicou muito. Não te digo nada se vou parar de fumar. Vai depender dos resultados dos exames (tosse).

O DSC revela que os idosos, manifestam vontade de abandonar os vícios, ao mesmo tempo em que apontam dificuldades em abandoná-los. Durante a internação, dizem que conseguem ficar sem o cigarro; ao retornar para casa, fica mais difícil perder o hábito.

Ao que parece, o “estar internado” por consequência do tabagismo, coloca o idoso diante da difícil realidade de ter que conviver com o agravamento da saúde em decorrência do seu vício. Destarte, ao sentir o seu corpo aliviado, e ao perceber melhora em sua condição física, parece novamente, desacreditar na capacidade considerável de maleficência advinda do fumo.

Segundo Paschoal (2000), avaliar a própria vida para saber se é boa ou ruim é um processo intra-psíquico complexo, abrangendo julgamentos, emoções e projeções para o futuro. Os fatores pessoais e ambientais bem como a saúde e a doença se relacionam na interpretação do indivíduo, determinando de que maneira e o quanto ele valoriza e se sente satisfeito com sua vida. Essa satisfação irá depender não apenas da sensação de prazer e ausência de sofrimento, mas também terá como contribuição esperança, visão de futuro, significado, persistência e auto-eficiência.

Um dos idosos sentia muita dispnéia devido à doença causada pelo cigarro. Apesar de todo sofrimento acarretado pelo vício e tossindo bastante, relatou que iria aguardar os resultados dos exames para tomar a decisão de abandonar ou não do hábito de fumar.

De acordo com Funchal (2006, p. 13) “a flutuação entre o desejo de deixar de fumar e a vontade de permanecer fumando é situação bastante comum e evidencia conflito de corpos viventes (...). Ao mesmo tempo em que deseja parar de fumar, por razões conscientes ou inconscientes, continua fumando”.

Contudo, o ato de fumar constitui-se ritual complexo, que não pode ser analisado segundo uma única vertente. O contexto, o ambiente, o tipo de relação que a pessoa estabelece com o cigarro, o adoecimento que se manifestou, ou ainda encontra-se latente. Um emaranhado de situações permeia o “simples” ato de levar o cigarro à boca.

Conforme Helman (1994, p. 192) “os fatores socioculturais também têm um importante papel como determinantes de quem fuma, sob quais circunstâncias e por que razões (...) é importante compreender os significados simbólicos do tabagismo - tanto para os fumantes, quanto para aqueles que os cercam”.

DECISÕES E AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
<p style="text-align: center;"><i>Preservação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elogiar o empenho em manter alimentação saudável. ▪ Incentivar o convívio harmonioso com os amigos, a família, em especial, com os netos.
<p style="text-align: center;"><i>Negociação do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar o abandono ao vício (cigarro). ▪ Ensinar ao paciente métodos para reduzir a pressão arterial com exercícios, diminuição do estresse e medidas dietéticas, visto que a diminuição de peso e readequação do estilo de vida podem reduzir significativamente a pressão arterial.
<p style="text-align: center;"><i>Repadronização do Cuidado Cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rever com o idoso o conhecimento relativo ao seu hábito alimentar inadequado e os riscos para saúde, por exemplo, informando-o sobre os perigos de uma alimentação baseada em gorduras e sódio, que podem culminar em acidente vascular cerebral.

7 TEMA CULTURAL

As informações contidas no estudo apontam valores bem definidos pelos idosos que os permitem continuar a trilhar o caminho da vida. Da sabedoria advinda de suas experiências como ser humano procedem valores espirituais e forte religiosidade presente na vida de cada um. O tema emergente fruto dessa constatação foi alicerçado nos conceitos apontados por Leonardo Boff no livro “Espiritualidade: um caminho de transformação,” (2006) e Mircea Eliade “O sagrado e o profano,” (2001).

7.1 TEMA CULTURAL:

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO ENVELHECIMENTO HUMANO

Para conviver humanamente, de acordo com Boff (2006), inventamos a economia, a política, a cultura, a ética e a religião, mas nos últimos séculos o fizemos sob a inspiração da competição de todos com todos. Isso gerou déficit de solidariedade, coletividade, acumulação privada e consumismo irresponsável, que gera solidão aterradora e uma profunda desumanização. Esse ciclo deve se encerrar, caso contrário ele conduzirá a Terra e a humanidade a um impasse sem retorno. O remédio está em nós: a cooperação que gera a comunidade e a participação de todos na construção de um mundo no qual todos possam caber e viver minimamente felizes. Esta é a nova centralidade social, a nova racionalidade necessária e salvadora: o sentimento profundo de pertença, de solidariedade, de familiaridade, de cuidado, de tolerância, sentados a mesma mesa, desfrutando juntos a generosidade da natureza.

Há uma “demanda por valores não materiais, por uma redefinição do ser humano como um ser que busca um sentido plenificador, que está à procura de valores que inspirem profundamente sua vida” (BOFF, 2006, p.11) Ao que parece, os mais velhos conseguem alcançar um maior discernimento e o real sentido da vida terrena. A

experiência vivida, que foi aprendida no decorrer de sua existência, possibilita tal associação. Conhecimentos aprendidos em livros, acadêmicos, muitas vezes acabam valorizando quase que exclusivamente conhecimentos de nível profissional como importantes para a vida hoje em dia. Entretanto, os idosos, por terem passado por inúmeras situações, puderam discernir entre o que vale e o que não é tão importante para a vida de um ser humano.

A vida em sociedade clama por mudanças urgentes na forma de se conceber o mundo. Todo o individualismo existente acaba por banalizar o que deveria ser mais valorizado e entendido como fundamental para a vida em conjunto, ou seja, o relacionamento humano. Hoje a singularidade de nosso tempo segundo Boff (2006), reside no fato de que a espiritualidade vem sendo descoberta como dimensão profunda do humano, como o momento necessário para o desabrochar pleno de nossa individualização e como espaço da paz no meio dos conflitos e desolações sociais e existenciais.

Os idosos hospitalizados demonstraram sabedoria no que diz respeito ao que deve realmente ser valorizado no decorrer da vida. As situações de cuidado a si mesmo, só existem, quando atreladas ao cuidado que estime o outro, respeitando valores que permitem um melhor relacionamento entre indivíduos e sociedade. O idoso demonstra possuir qualidades que os possibilitam compreender que a vida só tem sentido, quando se agrega atributos como paciência, compaixão, responsabilidade e presença de harmonia entre seres humanos no dia-a-dia. Condições essas, atreladas à espiritualidade, que tem o poder de propiciar felicidade tanto para quem a pratica, quanto para as outras pessoas.

Para Boff (2006) a espiritualidade é uma dimensão de cada ser humano. Essa dimensão espiritual que cada um de nós tem se revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo e com o próprio coração, se traduz pelo amor, pela sensibilidade, pela compaixão, pela escuta do outro, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude fundamental, características marcantes nos idosos deste estudo, os quais expressam alimentar um sentido profundo de valores pelos quais vale sacrificar tempo, energias e, no limite, a própria vida. Prezam pelo senso de responsabilidade, de cuidado consigo e

pelo outro, “sacrificando” parte do seu tempo para poderem partilhar o convívio com pessoas queridas.

Os idosos tentam viver a retidão da vida, o sentido da solidariedade e para isto cultivam o espaço sagrado do Espírito, seja em suas religiões e igrejas, seja no modo como pensam, agem e interpretam a vida. As religiões conforme Boff (2006, p.45) constituem uma das construções de maior excelência do ser humano. Elas todas trabalham com o divino, com o sagrado, com o espiritual.

Para Geertz (1989, p. 93) a religião é:

uma tentativa de conservar a provisão de significados gerais em termos dos quais cada indivíduo interpreta sua experiência e organiza sua conduta. Um sistema religioso é formado por um conjunto de símbolos sagrados, tecido numa espécie de todo ordenado. Para as pessoas comprometidas com os símbolos o sistema religioso media um conhecimento genuíno, o conhecimento das condições essenciais nos termos das quais a vida tem que ser vivida.

O idoso é um ser que vive o sagrado, pratica a religiosidade, acreditando profundamente no poder e força positiva que esta proporciona à sua existência, no enfrentamento da vida, principalmente quando se percebem doentes. Buscam na religião e nas pessoas que professam a mesma, ajuda e conforto.

Cada experiência religiosa apresenta-se como uma ligação profunda e envolvente do homem com o sagrado. Sempre que o homem entra em contato com o sagrado (o divino, o transcendente) pode-se dizer que este vive uma experiência religiosa. Em cada religião o transcendente se expressa sob diversas formas e assume diversas figuras: Deus, deuses, anjos e espíritos.

As religiões tem o pressuposto de que existem duas dimensões do real: a sagrada e a profana. A sagrada define-se por oposição à profana, e corresponde a uma realidade que é assumida como perfeita, divina e dotada de poderes superiores aos humanos, suscitando no homem respeito, medo e reverência. A profana identifica-se com o mundo em que vivemos sendo apontada como banal e inferior em relação à sagrada. O sagrado e o profano constituem duas modalidades de ser no mundo, duas situações existenciais assumidas pelo homem ao longo de sua história.

Conforme Eliade (2001), o homem toma conhecimento do sagrado porque ele se manifesta, se mostra como algo absolutamente diferente do profano. Há um espaço

sagrado e, por conseqüência, “forte”, significativo e há outros espaços não-sagrados, e, portanto, sem estrutura nem consistência. Para o homem religioso essa não-homogeneidade espacial traduz-se pela experiência de uma oposição entre o espaço sagrado, o único que é real, que existe realmente – e todo o resto, a extensão informe, que o cerca.

A experiência religiosa da não-homogeneidade do espaço constitui-se uma experiência primordial, que corresponde a uma “fundação do mundo”. Trata-se de uma experiência religiosa primária que precede toda a reflexão sobre o mundo. É a rotura operada no espaço que permite a constituição do mundo, porque é ela que descobre o “ponto fixo”, o eixo central de toda a orientação futura. A manifestação do sagrado funda ontologicamente o mundo (ELIADE, 2001).

A revelação do espaço sagrado tem um valor existencial para o homem religioso porque nada pode começar, nada se pode *fazer* sem uma orientação prévia e toda orientação implica a aquisição de um ponto fixo. A religiosidade situa o idoso no mundo. Ao mesmo tempo conforta, propicia respostas não totalmente esclarecidas pela ciência, como a origem da existência humana, possibilitando-o a certeza de que algo supremo intercede por ele nesse mundo cheio de felicidades e frustrações. Ao mesmo tempo, o idoso convive com o sagrado e o profano. O sagrado segundo o autor *op.cit* se manifesta no espaço, o real se revela, o mundo vem à existência. Mas a interrupção do sagrado não somente projeta um ponto fixo no meio da fluidez do espaço profano, um “Centro”, no “Caos”, produz também uma rotura de nível que abre comunicação entre os níveis cósmicos (entre a Terra e o Céu) e possibilita a passagem, de ordem ontológica, de um modo de ser a outro. O mundo deixa-se perceber como mundo, como cosmos, à medida que se revela como mundo sagrado (ELIADE, 2001).

Para o homem religioso, a Natureza nunca é exclusivamente “natural”: está sempre carregada de um valor religioso. Isto é facilmente compreensível, pois o Cosmos é uma criação divina: saindo das mãos dos deuses, o Mundo fica impregnado de sacralidade. Os deuses manifestaram as diferentes modalidades do sagrado na própria estrutura do Mundo e dos fenômenos cósmicos (ELIADE, 2001). Para o idoso a

vida como um todo é uma prova da existência divina. Esta, não precisa ser provada matematicamente, bastando apenas, ser sentida e acreditada.

O mundo apresenta-se de tal maneira que, ao contemplá-lo, o homem religioso descobre os múltiplos modos do sagrado e, por conseguinte, do Ser. Antes de tudo, o mundo existe, está ali, e tem uma estrutura: não é um Caos, mas um Cosmos, e revela-se, portanto como uma obra dos deuses. Esta obra divina guarda sempre uma transparência, desvenda espontaneamente os múltiplos aspectos do sagrado.

É a experiência do sagrado que funda o mundo, e mesmo a religião mais elementar é, antes de tudo, conforme Eliade (2001), uma ontologia. Em outras palavras, na medida em que o inconsciente é o resultado de inúmeras experiências existenciais, não pode deixar de assemelhar-se aos diversos universos religiosos. A religião é a solução exemplar de toda crise existencial, não apenas porque é indefinidamente repetível, mas também porque é considerada de origem transcendental e, portanto, valorizada como revelação recebida de *outro* mundo, trans-humano. A solução religiosa não somente resolve a crise, mas ao mesmo tempo, torna a existência “aberta” a valores que já não são contingentes nem particulares, permitindo assim ao homem ultrapassar as situações pessoais e, no fim, alcançar o mundo do espírito.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer o modo como os idosos percebem e realizam o cuidado de si, trouxe-me grande aprendizado e reflexão a respeito dos verdadeiros valores que devem e precisam ser estimados durante nossa vida terrena.

Conviver com os idosos, de maneira mais intensa e mais próxima, permitiu-me observar e admirar a grande sabedoria que muitas pessoas adquirem em decorrência da experiência de vida. Esta proporciona ao ser humano análises, experiências e reconhecimentos daquilo que merece atenção e importância durante sua existência.

A oportunidade de realizar estudo com o idoso hospitalizado, no intuito de reconhecer e interpretar como o mesmo se cuida, proporcionou-me maior interação e conhecimento relativo ao ser humano que se encontrava internado em meu local de trabalho. Antes de iniciar esta pesquisa, mesmo já trabalhando num setor que recebe em sua maioria, pacientes com idade acima de 60 anos, jamais experienciei relacionamento tão afetoso e respeitoso. A correria do dia-a-dia impõe, muitas vezes, relacionamentos superficiais, que não permitem o contato enfermeira/paciente, o qual considero necessário, essencial.

Em decorrência deste estudo, passei maior tempo com os idosos e isto proporcionou a oportunidade de conhecê-los como pessoa e não somente como pacientes dependentes de cuidados profissionais. A informalidade permeou também “nosso” relacionamento. Isto foi propiciado, em grande parte, pela metodologia utilizada na pesquisa. A pesquisa convergente assistencial permitiu experimentar a ligação pesquisa/prática de forma única. Ao mesmo tempo, a PCA norteia o pesquisador, enquanto permite melhor conhecimento, relativo ao próprio ambiente no qual se desenvolve o estudo. Inclusive, nos permite “enxergar” com outros olhos, a realidade que nos cerca. A PCA desvela o que antes parecia não estar aparente. Muitas vezes, o cuidado exclusivo, acaba por cegar o profissional para possibilidades de crescimento e prática diferenciada em sua atuação. Ao atuar, cuidando e pesquisando ao mesmo tempo, desvela situações que não observávamos anteriormente. A PCA propicia articulação inigualável entre pesquisa e prática assistencial, amplia a obtenção das

informações e a percepção delas. Mostra diferença significativa na obtenção de informações daqueles estudos associados somente às análises e conclusões. O relacionamento pesquisador/pesquisado segue sob laços mais intensos, que facilitam o alcance de informações autênticas. Ambos têm a oportunidade de se conhecerem melhor e intensificar a relação, que se torna mais profícua e satisfatória.

No decorrer das entrevistas e diálogos informais com os idosos, tive a oportunidade de descobrir histórias de vida muito interessantes, bem como compreender melhor como concebem o mundo que os cerca. Suas experiências são vastas, e me fizeram perceber, que não menos importantes são seus conhecimentos advindos de sua bagagem de vida, daquele conhecimento aprendido na academia.

Poder compreender alguns aspectos relativos aos idosos, seus valores, suas crenças, bem como suas influências culturais, trouxeram maior riqueza ao presente estudo. A maneira como se cuidam e percebem o cuidado, está arraigada a sua cultura, à sua experiência de vida. Esta os fez perceber e valorizar questões de extrema importância que, os motivam a continuar o caminho rumo a uma vida com maiores possibilidades de felicidade.

Os valores atribuídos às coisas “simples” da vida, como amizade, família, crença em Deus tiveram papel de destaque nos relatos dos idosos. Confesso que esses relatos me causaram relativa surpresa. Pela minha formação profissional esperava respostas relativas ao cuidado de si voltadas ao próprio corpo, ao uso de plantas e certos chás. Porém, uma das questões de maior destaque foi relativa ao relacionamento que os idosos estimam junto às pessoas. Conforme Schotsmans (1999, p. 246) “o homem, ao dedicar-se a um sentido que é encontrado fora de sua pessoa, realiza a si mesmo. A vida humana é essencialmente uma transcendência de si mesmo e não uma realização de si mesmo, assim como o homem não deseja a felicidade em si mesma, mas uma razão para ser feliz”.

Os idosos mostraram que a espiritualidade está presente em suas vidas. Conforme Boff (2006, p.31) “a espiritualidade acontece em nossa vida quando passamos da doutrina para a experiência, da palavra para o sentimento e da cabeça para o coração”. Para Boff (2006, p.26), “cuidar do espírito significa cuidar dos valores

que dão rumo à nossa caminhada e alimentar significações que encham de sentido a nossa vida e que levaremos conosco até o fim da nossa existência”.

Os idosos quando praticam a espiritualidade, automaticamente estão praticando o cuidado de si. O ser espiritualizado encontra maiores razões para sua vida, ampliando a chance de viver plenamente e ser mais feliz.

Hoje, tendo conhecimento da importância de manter os relacionamentos para idosos internados, procuro não ser obstáculo para o encontro, mesmo que por um tempo reduzido, no ambiente hospitalar. É extremamente gratificante, quando observo aquele semblante sereno e feliz, por parte do idoso, quando “permite” que desfrute maior tempo em presença daquelas pessoas que lhe são prezadas. Ficam gratos pela atitude, que, para mim não exige esforços, apenas compreensão.

O termo cuidado de si é amplo, possui muitas dimensões, como físicas, espirituais, abrangendo características como dedicação, confiança, paciência, humildade e sinceridade. Ele só existe quando há relacionamento humano. O cuidado de si se dá na troca, no intercâmbio entre as pessoas. No decorrer do estudo, esta característica foi marcante. Os idosos demonstraram cuidar de si mesmos, não valorizando apenas o cuidado físico ao seu próprio corpo, mas permitindo e valorizando o relacionamento com outras pessoas para a prática do cuidado de si. As pessoas consideradas mais importantes em suas vidas foram as pertencentes à sua família (como os filhos e netos) assim como os amigos. Demonstraram que a vida só tem sentido quando pode ser partilhada com alguém. Isto reafirma a condição de cuidado de si, que só ocorre quando em presença do outro.

O estudo revelou o cuidado de si praticado pelo idoso no seu atual curso de vida. No entanto, desvela também que o cuidado de si, para o envelhecimento desejável deve se iniciar no momento em que o indivíduo se percebe em condições de prestar cuidados a si próprio, como também, apto à solicitar “ajuda” de outrem para cuidar de si. O cuidado de si pode apresentar algumas impossibilidades quando se intensifica apenas na velhice, como por exemplo, abandonar vícios adquiridos na juventude e idade adulta. Hábitos como o de consumir alimentos gordurosos e picantes, cigarros, bebidas alcoólicas, tornaram-se, por muito tempo, rotina na vida do idoso, e isto dificulta

o abandono do vício e, portanto, a prática de hábitos mais saudáveis. Sendo assim, a preocupação com a velhice bem sucedida, deve ter início precoce. Porém, os problemas surgidos na velhice não podem ter a aceitação e o determinismo rigoroso condicionados aos comportamentos passados. A velhice deve ser entendida também como um período de desenvolvimento do ser humano.

Nós enfermeiros, ao trabalharmos com todos os ciclos de desenvolvimento humano, precisamos ter consciência da importância da orientação adequada ao cuidado de si para um envelhecimento mais profícuo; é preciso estar alerta ao processo de envelhecimento, atentando para as questões relativas à velhice muito antes dos 60 anos de idade!

O estudo evidenciou haver algumas contradições relativas ao cuidado de si. Em alguns momentos os idosos afirmavam praticar exercícios físicos, todavia, em outros, diziam sentir necessidade de praticar alguma atividade física para cuidar melhor de sua saúde. Considero que para obter informações fidedignas, e, conseqüentemente, orientações de cuidados mais adequadas, seria necessário ampliar o campo de investigação nesse tipo de estudo, realizando visitas domiciliares, a fim de conversar com os familiares e receber melhores informações relativas aos hábitos de cuidado do idoso em questão.

Acredito que o cuidado de si pode ser facilitado em presença do interesse dos profissionais de saúde em difundi-lo e auxiliar os indivíduos quanto à sua prática. Nesse sentido, tenho como proposta, implantar no contexto da policlínica, na qual desenvolvi a pesquisa, educação continuada à equipe de enfermagem, que vise capacitar os membros acerca do processo de envelhecimento, teorias, eugérias e patologias e, direcioná-los a uma prática mais assertiva para o cuidado de si e de outrem. Esta etapa seria apenas o início da longa caminhada para o desenvolvimento da prática pela equipe, na qual se dará ênfase ao cuidado de si do idoso, alicerçado no cuidado cultural. Diante destas possibilidades será posteriormente articulada essa prática à formação de grupos de terceira idade. No entanto, para que isto seja viável, há a necessidade de capacitar os profissionais que atendem os idosos, visto que, a maior

parte deles que atuam na área de saúde, possuem reduzidos conhecimentos acerca do processo de envelhecimento e suas especificidades.

Acredito que nós enfermeiros, estaremos mais bem preparados quanto mais notáveis forem nossos conhecimentos relativos ao processo de envelhecimento, bem como as situações e condições valorizadas pelos idosos. Assim, o cuidado prestado por nós e também por nossa equipe de enfermagem, poderá ser mais assertivo, atendendo o idoso, com respeito às suas expectativas e necessidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.D.O. **O cuidado à puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio:** uma abordagem cultural. Florianópolis, 2000. 145 fls. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

ALVES, P. C. & RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, P.C.; RABELO, M.C. (Orgs). **Antropologia da Saúde:** traçando identidades e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz/Relume Dumará, 1998, p. 107-121.

ARANHA, M.L. **Filosofia da educação.** São Paulo: Moderna, 1989.

ASSIS, M. O envelhecimento e suas conseqüências. In: CALDAS, C.P. **A saúde do idoso:** a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

_____. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (orgs). **Saúde do idoso:** a arte de cuidar. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p.11-21.

BEAUVOIR, S. **A velhice:** a realidade incômoda. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

_____. **The Coming of Age.** New York: Putnam, 1972.

BELTRAME, V. **O cuidado cultural compartilhado em grupo com pessoas na condição crônica de diabetes mellitus.** Florianópolis, 2000. 108 p. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

BENEDICT, R. **O crisântemo e a espada**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

BODACHNE, L. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Curitiba: Champagnat, 1998.

BOEHS, A.E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**. Florianópolis, 1990. 114 p. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de Madaleine Leininger. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p.90-96, jan. 2002.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito**. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: Cia das Letras, 1998.

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.25, n.1, p.44-55, abril, 2004.

BRASIL. **Decreto n. 1948**, de 03 de Julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 04 de julho de 1994, a qual “dispõe sobre a política nacional do idoso e dá outras providências”. Brasília: Diário Oficial da República Federal do Brasil, v.134, n.128, p.12277-12279, 03 de junho. Sessão 1(b).

BRÊTAS, A.C.P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 56, n. 3, p. 298-301, mai./jun., 2003.

CALDAS, C.P. et al. Conversando com idosos: o cuidar/pesquisar dialógico e sociopoético. **Rev. Enf. UERJ**, v.11, p.308-316, 2003.

CEOLIM, M. F. O sono e o repouso. In: DUARTE Y. A. O.; D'ELBOUX, M.J. D. (Orgs.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000, v. 1, p. 349 - 364.

CHAVES, E.C.; SOUZA, J.N. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 39, n., p.13 -19 2005.

CORIN, E. Définisseurs culturels et repères individuels: Le rapport au corps chez les personnes âgées. **International Journal of Psychology**. New York, v. 20, p. 471-500, 1985.

DALL BELLO, I.T.R. A pesquisa convergente-assistencial como norte para a prática de um processo ensino aprendizagem. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. (Orgs.) **Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem**. Curitiba: Champagnat, 2003, p. 209-214.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: EDUSP, 1999.

DEECKEN, A. **Saber envelhecer**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

EAGLETON, T. **A idéia de cultura**. São Paulo: UNESP, 2003.

ELIADE, M. **O sagrado e o profano**: a essência das religiões. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

EVANS-PRITCHARD, E. Les systèmes de classe d'âge chez les Nuer. In: SANTERRE, R.; LETOURNEAU, G. **Vieillir à Travers le Monde**. Sainte-Foy: Les Presses de L'Université Laval, 1989, p. 125-131.

FERRARI, M.A.C. O envelhecer no Brasil. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 23, n. 4, jul./ago., p. 197-203, 1999.

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Orgs). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p.49-56.

FISCHER, R.M. **Televisão & educação**: fluir e pensar a TV. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FORD, A. B. Os idosos e seus médicos. In. CALKINS, E; FORD, A. B.; KATZ, P. R. **Geriatría prática**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

FUNCHAL, E. et al. Rituais vivenciados pelo corpo fumante. **Cogitare Enferm**. Curitiba, v. 10, n. 1, p. 53-59, jan./abr., 2005.

FUNCHAL, E. **O verso e o reverso do corpo fumante**: conflitos vivenciados. Curitiba, 2006, 114 fls. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.109-32.

GOMES, R. et al. Representação social e experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, set./out., p. 1207-1214, 2002.

GONÇALVES, L.H. Ser ou estar saudável na velhice. Florianópolis. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v.1, n.2, p.100-113, jul./dez., 1992.

GONÇALVES, Z.C. O novo mundo do passa cartões e aperta botões. In: NEGREIROS, T.C. G.M. (Orgs). **A nova velhice, uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003, p. 57-71.

GREY, M. Métodos de coleta de dados. In: WOOD, G. L.; HERBER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p. 179-181.

GUALDA, D.M.R. **Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto**. São Paulo: Maio, 2002.

HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções de nosso tempo. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v.22, n.2, p.15-46. jul./dez., 1997.

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HEIDEGGER, M. **Being and time**. New York: Harper and Row, 1969.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HOWARD, J. A.; HOLLANDER, J. **Gendered situations, gendered selves**. London: Sage, 1997.

HUF, D.D. **A face oculta do cuidar**: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

IBGE. **Censo Demográfico de 2000**. Disponível em <www.ibge.gov.br> Acesso em 05 set. 2006.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**: 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

JUNG, C.C. **O símbolo da transformação na missa**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California, 1980.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 8 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

LAZAETA, C.B. Aspectos sociales Del envejecimiento. In: PÉREZ, E.A. et al (Ed.). **La atención de los ancianos**: un desafio para los años noventa. Washington: OPAS, 1994.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEININGER, M. **Transcultural nursing**. New York: Masson, 1979.

_____. Teoria do cuidado transcultural: Diversidade e Universidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-288.

_____. **Culture care diversity and university:** a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

_____. Overview of Leininger's culture care theory. In: LEININGER, M. **Transcultural Nursing:** concepts, theories, research and practices. New York: McGraw-Hill, 1995.

_____. **Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care.** Disponível em <<http://www.madeleine-leininger.com/>> Acesso em: 11 outubro 2006.

LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 13, n. 1, p. 80-85, jan./abr. 2000.

LENARDT, M.H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica.** Curitiba, 1996, 144 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná.

LENARDT, M.H.; TUOTO, F.S. **O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar:** etapa domiciliar. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2003. Relatório final de projeto de iniciação científica.

LENARDT, M.H. et al. O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.10, n.1, p.16-25, jan./abr., 2005.

LENARDT, M. H et al. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.11, n.1, jan./abr., 2006.

LOPES, E.S.L.; NERI, A. L; PARK, M. B. **Ser avós ou ser pais:** os papéis dos avós na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.unati.eurj.br/tse/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1517592822005000200006&PT&NRM=ISO>. Acesso em 03 nov. 2005.

LUNARDI, V.L. **A ética como o cuidado de si e o poder da pastoral na enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1999.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e educação.** 2ª ed. Campinas: Papirus, 1990.

MARCONI, M. A.; PRESSOTO, Z. M. N. **Antropologia:** uma introdução. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

MARSHALL, V. Social perspectives on aging: Theoretical notes. In: MARSHALL, V. **Aging in Canada:** social perspectives. Markham: Fitzhenry & Whiteside, 1987, p.39-59.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo.** Rio de Janeiro: Record, 1971.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MODESTO, A.P. **O cuidado cultural do idoso renal crônico em tratamento hemodialítico.** Curitiba, 2006. 153 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem:** abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robel, 1997.

MOREIRA et al. Pesquisa convergente assistencial: êxitos e dificuldades em sua utilização. **Texto e Contexto em Enferm.**, v. 12, n.2, abr./jun., p. 166-173, 2003.

MORETTO, E.F.S. A experiência de conduzir uma pesquisa convergente-assistencial com um grupo de enfermeiras. In: TRENTINI, M; PAIM, L. (org.) **Pesquisa e assistência**: experiências com grupos de estudo na enfermagem. Curitiba: Champagnat, 2003. p. 215-225.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida mais ativo. Londrina: Midiograf, 2001.

NEGREIROS, T.C.G. M (org). **A nova velhice**: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

OLINISKI, S. R. **A relação entre o cuidado de si dos profissionais de saúde e seu ambiente de trabalho**: um enfoque nas interações humanas. Curitiba, 2006. 121 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

OLIVEIRA, C.M.C. Como diz Gilberto Gil: “a fé não costuma falhar”. In: NEGREIROS, T.C.G.M. (org). **A nova velhice**: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Revinter, 2003, p. 43-56.

OLIVEIRA, F.A. Concepções de doença: o que os serviços de saúde tem a ver com isto?. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Orgs). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p.81-94.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 132 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PELZER, M.T.; SANDRI, J.V.A. O viver e ser saudável no envelhecimento humano contextualizado através da história oral. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 108-122, 2002.

PESSINI, L. Espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. In: ANGERAMI, V.A. (org). **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.

PETROIANU, A; PIMENTA, L. **Cirurgia geriátrica**. Rio de Janeiro: MÉDSI, 1998.

QUEIROZ, M.S. **Representações sobre saúde e doença**: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Editora da Unicamp, 1991.

RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A. Idéia de sofrimento e a representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, L.F. D; LEAL, O.F. (Orgs). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 137-150.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros**: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout. Florianópolis: UFSC, 2001. (Teses em Enfermagem, 28).

SARTI, C. A. A velhice na família atual. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.14, n.2, p.91-96, mai./ago., 2001.

SCHOTSMANS, P. A vida como plenitude: contribuição dos idosos para uma civilização digna do homem. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.23, n.4, p. 245-251, jul./ago. 1999.

SHUMAN, J.M. Nutrição no envelhecimento. In: MAHAN, L.K.; STUMP, S.E. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 9. ed. São Paulo: Roca, 1998. cap. 14, p.293-312.

SILVA, M.J. **O idoso submetido à cirurgia de próstata**: intervenção do enfermeiro para o autocuidado. Rio de Janeiro, 2000. 96 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SILVA, M.J.; DUARTE, M.J.R.S. O autocuidado do idoso: uma intervenção de enfermagem e melhor qualidade de vida. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.248-253, set./dez., 2001.

SILVA, S. C LENARDT, M. H. **O cuidado de si do idoso**: previsibilidade dos agravos da doença crônica. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2005. Relatório parcial do projeto de iniciação científica.

SPRADLEY, J.P. **The ethnographic interview**. New York: Holt Rinehart and Winston, 1979.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

_____. **Pesquisa em enfermagem**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.849-853, jun., 2003.

UCHÔA, E et al. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v. 11, n. 2, p. 91-105, 2002.

ULLMAN, R.A. **Antropologia**: o homem e a cultura. Petrópolis: Vozes, 1991.

VACCARI, E. **O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si**. Curitiba, 2006. 90 p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

VANNUCCHI, A. **Cultura brasileira**: o que é, como se faz. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

VATICANO. **A igreja no mundo**. – 2005. Disponível em: <http://www.pime.org.br/noticias2005/noticiasvaticano132.htm> Acesso em: 12 nov. 2006.

VERÍSSIMO, L.J. Algumas considerações sobre a experiência religiosa. In: ANGERAMI, V. A. (org.). **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Thompson, 2004, p. 169-191.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WHITE, L. The symbol: the origin and basis of humans behavior. In: MORBEL; LENNINGS; SMITH (orgs). **Readings of anthropology**. Nova York: Mcgraw-Hill Book, 1955.

WILLIG, M.H. **Cuidar/Gerenciar**: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras. Curitiba, 2004, 121 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná.

WOOD, G.L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE 1
ENTREVISTA INDIVIDUAL

ENTREVISTA INDIVIDUAL

Nome: _____
Idade: _____
Sexo: _____ Religião: _____
Estado civil: _____ Escolaridade: _____
Profissão: _____
Ocupação atual: _____ Renda: _____
Com quem mora? _____

Questão 1 - Qual o significado do envelhecimento para o sr(a)?

Questão 2 - O que significa se cuidar?

Questão 3 - Quem cuida do sr(a)?

Questão 4 - Como o sr(a) se cuida?

Questão 5 - O que é doença?

Questão 6 - O sr(a) realiza algum hábito que considera maléfico, não “faz bem” a sua saúde?

Questão 7-Quais os cuidados que você realiza quando não está doente?

Questão 8 - Quais os cuidados que você realiza quando está doente?

Questão 9 - Como irá se cuidar após receber alta?

ANEXOS

ANEXO 1

SOLICITAÇÃO DO CAMPO PARA PESQUISA

SOLICITAÇÃO DO CAMPO PARA PESQUISA

Ao

Diretor Clínico do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba
Ilmo Sr Dr. Flamarion dos Santos Batista

Venho, por meio desta, solicitar vossa permissão para realizar a pesquisa intitulada **“O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si.”**, nas dependências do setor de Convênios I deste hospital, ressaltando que a mesma envolverá alguns idosos que estejam internados nesta referida unidade.

Desde já agradeço.

Atenciosamente,

Tatiane Prette Kuznier
Mestranda em Enfermagem

ANEXO 2

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					FR - 101776
Projeto de Pesquisa O significado do cuidado para o idoso hospitalizado e a busca de encorajamento para o cuidado de si.					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Idoso, Cultura, Cuidado de si					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 15	Total Brasil 15	Nº de Sujeitos Total 15	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Tatiane Prette Kuznier			CPF 265.496.958-48	Identidade 29226112-3	
Área de Especialização SAÚDE DO IDOSO			Maiores Titulação MESTRANDA	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA PRESIDENTE CARLOS CAVALCANTI, 289, APTO 304			Bairro CENTRO	Cidade CURITIBA - PR	
Código Postal 80020-280	Telefone 30144075 / 41 96076085		Fax	Email tati_prette@yahoo.com.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 19/07/06			Assinatura <i>Tatiane Prette Kuznier</i>		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba			CNPJ 76.575.604/0003-90	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Paraná			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Alameda Augusto Steffeld 1980			Bairro	Cidade Curitiba - PR	
Código Postal 80730150	Telefone 41 2405509		Fax 41 2224302	Email ipem@evangelico.org.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <i>Dr. Flamarion dos Santos Batista</i>					
Data: 19/07/06					
Vinculada					
Nome Setor de ciências da saúde/SCS- UFPR			CNPJ ..-.		
Endereço			Bairro	Cidade - AC	
Código Postal	Telefone		Fax	Email	
Responsável			Cargo / Função		

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 19/07/2006. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

ANEXO 3

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

*Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade
Evangélica Beneficente de Curitiba*

Rua Padre Anchieta, 2770
80730-000 Curitiba – PR
Fone 41 3240-5509
Fax: 41 3240-5517

Curitiba, 23 de agosto de 2006.

Tatiane Prette Kuznier

Prezada Colega,

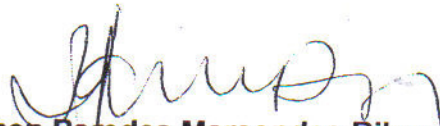
Comunicamos a V. Sa. que, em reunião ordinária do dia 22 de agosto de 2006, foi aprovado o projeto intitulado **“O SIGNIFICADO DO CUIDADO PARA O IDOSO HOSPITALIZADO E A BUSCA DE ENCORAJAMENTO PARA O CUIDADO DE SI”** protocolado neste comitê sob número **3102/06** em 20 de julho de 2006.

Prevê a legislação que toda a documentação do projeto poderá, a qualquer momento, ser solicitada para inspeção por parte dos órgãos federais; desta forma, manterá o Comitê arquivo detalhado de cada projeto, arquivando em pasta individual o projeto inicial e relatórios de acompanhamento.

Para o projeto de V. Sa., solicitamos que dê ciência aos seus colaboradores da obrigação de, a cada seis meses a partir da data de hoje, encaminhar a este comitê relatório detalhado do andamento do projeto.

Relatórios previstos para: **20/02/2007**

Atenciosamente,



Carmen Paredes Marcondes Ribas
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba

CEP/CARMO/13-04-2006

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado **“O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si”**.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você pode recusar participar do estudo ou, caso aceite participar, poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento.

As informações relativas ao estudo serão vistoriadas apenas pelos pesquisadores envolvidos neste projeto, sendo que para divulgar as informações em relatórios ou publicações a confidencialidade será mantida, utilizando-se para isso de uma codificação.

A pesquisadora Tatiane Prette Kuznier, telefone (0XX41 96076085), poderá ser contatada em qualquer eventualidade ou dúvida.

A pesquisa será desenvolvida mediante entrevistas e observações por parte do pesquisador, sendo assegurado ao entrevistado que não haverá riscos ou desconfortos ao mesmo no decorrer da pesquisa. Pretende-se com esse estudo, estimular o idoso a realizar o cuidado de si, no intuito de contribuir para um envelhecer mais saudável.

Os critérios de inclusão neste estudo são: ser idoso, aceitar participar do estudo, consentir a gravação das entrevistas, possuir capacidade cognitiva para responder aos questionários relativos ao estudo. Serão excluídos desta pesquisa os indivíduos cujo perfil não se enquadre nos critérios descritos acima.

Eu, _____, declaro, para os devidos fins, que tenho ciência da finalidade da pesquisa e que participo da mesma voluntariamente, como também autorizo a divulgação dos resultados obtidos neste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de 2006.

Participante da pesquisa

Pesquisador

